ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

90166

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE

JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, etc.

8.me ANNÉE. — TOME XXIV.

90168

A PARIS,

CHEZ BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.

1830.

COLLABORATEURS.

Les Auteurs qui jusqu'ici ont fourni des travaux aux Archives, ou se sont engagés à en fournir, sont MM. : Adelon, profess. à la Fac. de Méd. ; Andral fils, prof. à la Fac. ; Babinet, prof. de phys. : Béclard, prof. à la Fac. ; Blache, D. M. : Biett, méd. de l'hôpital Saint-Louis : Billard, D. M. : Blandin, chir. du Bureau cent. des hôpit. : Bouillaud, D.-M. : Bousquet, memb. de l'Acad. : Breschet, chir. ordinaire de l'Hôtel-Dieu : Bricheteau, memb. de l'Acad. : Chomel, prof. à la Fac. : J. Cloquet, chir. de l'hôp. St.-Louis : H. Cloquet, memb. de l'Ac. : Coster, D.-M. : Coutanceau, méd. du Val-de-Grâce : Cruveilhier, professeur à la Fac. : Cullerier, chir. de l'hôp. des Vénér. : Dance, agrégé à la Fac. : Defermon, D.-M. : Desmoulins, D.-M. : Desormeaux, prof. à la Fac. : Dezeimeris : P. Dubois, chir. de la Maison de Santé : Dunan, D.-M. de la Fac. de Wurtzbourg : Dumeril, memb. de l'Inst. ; Dupuytren, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu ; Edwards, D.-M. : Esquirol, méd. en chef de la maison d'Aliénés de Charenton : Ferrus, méd. de Bicêtre : Flourens, D.-M. : Fodera, D.-M. Fouquier, prof. à la Fac. : Genest, D. M., chef de clin. à l'Hôtel-Dieu : Geoffroy-Saint-Hilaire, membre de l'Institut : Georget, memb. de l'Acad. : Gerdy, chirurg. de la Pitié : Goupil, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Strasbourg : Guersent, méd. de l'hôp. des Enfans : de Humboldt, membre de l'Institut : Husson, méd. de l'Hôtel-Dieu : Itard, méd. de l'Institution des sourds-muets : Julia Fontenelle, prof. de chimie : Laennec, prof. à la Fac. : Lagneau, memb. de l'Acad. : Lallemand, prof. à la Faculté de Montpellier : Landré-Beauvais, Doyen de la Fac. : Lebidois, D.-M. : Lisfranc, chirurg. en chef de l'hôpital de la Pitié : Londe, memb. de l'Acad. : Louis, memb. de l'Acad. : Marc, membre de l'Acad. : Marjolin, prof. à la Fac. : Martini, D.-M. : Menière, D.-M. : Mirault, D.-M. : Murat, chirurg. en chef de Bicêtre : Ollivier, memb. de l'Acad. : Orfila, prof. à la Fac. ; Oudet, D.-M. Dentiste, memb. de l'Acad. : Pinel, membre de l'Institut : Pinel fils, D.-M. : Raige-Delorme, D.-M. : Ratier, D.-M. : Rayer, méd. de l'hôp. Saint-Antoine : Richard, prof. de botanique : Richerand, prof. à la Fac. : Richond, D.-M., aide-major à l'hôpital milit. de Strasbourg : Roche, memb. de l'Acad. : Rochoux, memb. de l'Ac. : Rullier, méd. de la Charité : Rostan, méd. de la Salpêtrière : Roux, prof. à la Fac. : Sanson, chir. en second de l'Hôtel-Dieu : Scoutetten, D.-M. attaché à l'hôpit. milit. de Metz : Ségalas, memb. de l'Acad. : Serres, chef des travaux anatomiques des hôpitaux civils de Paris : Trousseau, agrégé à la Faculté : Vavasseur, D.-M. : Velpeau, agrégé à la Faculté, chir. du Bureau central des hôpitaux, etc. etc.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

SEPTEMBRE 1830.

Mémoire sur le traitement des fièvres graves (1) *connues sous les diverses dénominations de gastro-entérite, dothinentérite, et caractérisées anatomiquement par l'engorgement et l'ulcération consécutive des follicules intestinaux; par M.* Dance, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

On a tant écrit sur ce sujet, depuis quelques années surtout, qu'une sorte de défaveur s'attache d'avance aux travaux qui reprennent en sous-œuvre une matière élaborée par une foule de mains habiles. Nous remarquerons, toutefois, que les nombreuses recherches dont les fièvres ont été l'objet dans ces derniers temps portent en général, beaucoup moins sur leur traitement que sur des investigations cadavériques, propres à déterminer les caractères anatomiques de ces affections. Peut-être a-t-on pensé arriver plus tôt au traitement par cette voie détournée, mais cet espoir est encore loin de s'être réalisé d'une

(1) Nous choisissons cette dénomination afin d'être entendu de tout le monde, ne préjugeant d'ailleurs rien par là sur la nature de la maladie. Souvent nous emploierons tout simplement le mot de fièvre, comme équivalent, ce dont il est bon que le lecteur soit prévenu.

manière satisfaisante, ce qui sera démontré par la suite; aussi avons nous adopté une marche différente. Sans négliger les données actuelles fournies par l'anatomie pathologique dans les fièvres, nous ne leur accordons cependant qu'une valeur secondaire, et ne tenons compte des inductions thérapeutiques qu'elles peuvent fournir, qu'autant que ces inductions sont justifiées par l'observation clinique. Il suit de là que la base principale de nos jugemens, pour déterminer quel est, à l'égard de ces affections, le traitement le plus convenable consistera dans la recherche expérimentale et comparative des effets obtenus par les nombreux médicamens qu'on leur oppose, recherche dégagée de toute opinion, ayant sa source dans la nature présumée de ces affections et dans les lésions qui leur sont propres. Toute autre manière de procéder dans une question thérapeutique nous paraît fautive, appliquée surtout à des maladies qu'on envisage si diversement encore de nos jours. Voilà quel est notre but et comment nous entendons le remplir. Quels sont actuellement nos moyens? Ils ne peuvent être que des observations particulières faisant connaître les résultats des divers traitemens qu'on a mis ou qu'on met en usage dans les fièvres dont nous parlons, tels que les traitemens par les toniques, par les émissions sanguines, par les évacuans. Mais ces observations doivent être nombreuses, pour que les résultats soient certains; elles doivent montrer la maladie aux prises avec ces traitemens, dans toutes ses périodes, dans toutes ses nuances, dans toutes ses formes; car ce qui serait vrai, pour une de ces circonstances, pourrait ne pas l'être à l'égard des autres; aussi avons-nous été obligé de diviser sous ce rapport nos observations par groupes assez nombreux, du moins quant à ce qui concérne les traitemens tonique et anti-phlogistique. Chacun de ces grouppes sera suivi de ses corollaires que

nous réunirons enfin dans un résumé général. Ici deux choses pouvaient arriver, ou que l'un des traitemens dont nous venons de parler l'emportât notablement sur les autres, et offrit en même temps des avantages marqués : alors nous avons dû l'adopter ; ou bien qu'aucun d'eux ne jouît d'une prérogative franche et ne constituât une méthode thérapeutique efficace; alors nous avons dû rejetter toutes ces méthodes et en rechercher une meilleure. Mais laquelle? Disons le d'avance, nous n'en avons trouvée aucune plus favorable que la médecine expectante hygiénique, dont nous exposerons les avantages en dernier lieu. Si ce résultat étonne le lecteur, nous le prions de suspendre son jugement jusqu'à ce qu'il ait lu notre travail en entier.

Un mot d'excuse sur le nombre de nos observations et la manière dont nous les avons présentées. Il y a du dégoût, de l'ennui même, nous en convenons, à parcourir une série presque innombrable de faits concernant une même maladie, et qui par conséquent se répètent plus ou moins, car les expressions manquent pour en varier la forme; mais nos observations n'auraient-elles pas perdu à ces métamorphoses, et nos résumés n'auraient-ils pas été destitués de preuves suffisantes, si nous nous étions contentés de quelques uns de ces témoins indispensables, dont le nombre fait la force? Cependant, nous avons eu égard, autant qu'il est de nous, à cette longue et fastidieuse manière de présenter et de résumer un point de la science. Nous avons retranché tout détail superflu, passé légèrement sur les altérations fournies par l'ouverture des cadavres, (ce qui n'était pas notre but principal) n'omettant toutefois rien d'important; décrit brièvement les symptômes, le plus souvent en style dégagé de ces liaisons oratoires, qui rendent la phrase plus longue, quoique plus correcte; mais bien souvent nous n'avons pu nous empêcher de promener le lecteur successivement d'un

jour à l'autre jusqu'à la fin de la maladie, pour qu'il jugeât mieux d'un traitement toujours en action. Nous serons, au reste, trop heureux, si le fond de notre travail rachète les défauts de la forme.

Traitement par les toniques.

I.re *série de faits.*

Obs. I.re Un bottier âgé de 20 ans, d'une bonne constitution, habitait Paris, depuis quelques mois seulement, lorsqu'il fut pris de lassitudes générales, de perte d'appétit avec céphalalgie et fièvre. Ces symptômes allèrent en augmentant et, le 2 juin 1825, jour de l'entrée du malade à l'hôpital, le sixième depuis l'invasion, la langue était rouge et sèche, la soif vive, l'intelligence obtuse, la peau chaude et mordicante au toucher, le pouls fréquent; plusieurs selles en dévoiement avaient lieu dans les 24 heures (*Limonade*, 12 *sangsues à l'anus*). Jusqu'au 5, rien de nouveau, si ce n'est une stupeur plus profonde qui se répand insensiblement sur la figure, et s'accompagne de tremblemens des lèvres, de soubresauts des tendons. (*Décoction de quinquina, julep camphré, gr.* vj; *lavement camphré, gr.* xij). Le 6, état pire; tremblemens plus forts des lèvres, de la langue et même de la mâchoire inférieure, agitation convulsive des tendons avec ressauts des doigts et des mains, stupeur delirante, chaleur âcre de la peau, surtout au ventre, qui se météorise; dévoiement, fréquence et molesse du pouls (*Même preseription*). Le 7 futiginosités sur les gencives et la langue. Moins de spasme dans les muscles labiaux, râle sybillant dans la totalité de la poitrine. (*Même preser. si ce n'est qu'on ajoute, camphre gr.* viij *dans le julep*). Le 8, envies de vomir, après chaque prise du julep; d'ailleurs aucun autre changement (*On

remplace le camphre du julep par extrait de quinquina ʒ j). Le 9, légère tuméfaction sous la mâchoire et du côté droit; tuméfaction qui s'accroit rapidement et gêne l'ouverture de la bouche. Enfin, le 10, somnolence, froid des extrémités, petitesse et irrégularités du pouls; mort, le 11 au matin, dans l'état de stupeur la plus profonde.

Ouverture du cadavre, le 12. — Glande sous-maxillaire du côté droit prodigieusement tuméfiée, dépassant le rebord de la mâchoire et dans un état de sugillation générale; on en faisait découler du sang noir, par la pression, elle ne contenait point de pus. — *Tête.* — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne assez abondante; injection plus qu'ordinaire des vaisseaux de la pie-mère, avec piquetûres rouges, sur le pourtour des circonvolutions; aucune lésion dans la profondeur de la substance cérébrale. — *Poitrine.* — Engouement des poumons à leur bord postérieur, rougeur livide des bronches, sang noir dans les cavités du cœur. — *Abdomen.* — Ramollissement du grand cul-de-sac de l'estomac et dans la largeur de la paume de la main; là il n'existait plus de traces de membrane muqueuse, et de ce point central partaient des bandes rayonnées de ramollissement qui suivaient la direction des plis longitudinaux de l'estomac, et dans l'intervalle desquelles la membrane muqueuse était ponctuée en rouge rapproché. Aucune lésion dans la partie supérieure des intestins grêles, mais au voisinage de la valvule cœcale et dans l'étendue de deux pieds, grand nombre de follicules engorgés et commençant à s'ulcérer, avec boursoufflement de leurs bords, qui offraient une couleur noirâtre; c'est sur la valvule même que le plus grand désordre existait. Dans le gros intestin, injection rouge, presque uniforme, mais sans épaississement ou ulcérations. Enfin, grand nombre de glandes mésentériques doublées et même triplées de volume, d'un rouge brun à

l'extérieur, rosée à l'intérieur; quelques-unes ramollies et comme pultacées à leur centre.

Obs. II.[e] Un tanneur, de bonne constitution, habitait Paris depuis quatorze mois, et s'y était toujours bien porté; mais vers le commencement de janvier 1825, il est pris, sans cause connue, d'un malaise général, de petits frissons avec quelques douleurs dans le ventre; il perd l'appétit; néanmoins il prend chaque jour un peu d'alimens, notamment des lentilles, il boit un septier de vin chaud. Le 11 janvier, décubitus assez libre, face triste, peau chaude et sèche, céphalalgie frontale, langue grise à son centre, rouge à ses bords, commençant à se dessécher, douleurs vaguement répandues dans le ventre, mais plus marquées à l'épigastre, surtout par la pression; point de dévoiement, un peu de toux, et du râle sybillant à l'auscultation, fréquence du pouls. (*Quinze sangsues à l'anus, renouvellées le lendemain à cause de leur effet salutaire, du petit-lait pour boisson*). Le 14, aggravation des symptômes, supination, affaissement, léger ballonnement du ventre, encroûtement des gencives, sécheresse de la langue; en même temps, la chaleur de la peau diminue, le pouls perd de sa fréqueuce et de sa force. (*Décoction de quinquina, aromatisée avec la liqueur d'Hoffman, julep extrait de quinquina*, ʒ j.). Le 15, exacerbation fébrile, stupeur plus considérable, embarras dans les réponses, météorisme croissant du ventre, plusieurs selles en dévoiement. (*Décoction de quinquina avec acétate d'ammoniaque* ʒ ß, *julep, avec acétate d'ammoniaque et extrait de quinquina*, ʒ j, *de chaque, sinapismes aux extrémités*). Ce traitement est continué jusqu'au 18; d'abord, la langue paraît s'amollir et s'humecter, mais bientôt elle se recouvre de croûtes noirâtres, ainsi que les gencives; la stupeur fait des progrès, et se convertit en un état de révasserie, de somnolence et d'in-

sensibilité presque générale, la face s'altère profondément et prend une couleur livide et terne; le dévoiement n'augmente point, quelques phlyctènes noirâtres se montrent au coccyx. Le 18, on suspend le traitement tonique, pour revenir aux adoucissans, douze sangsues sont même appliquées, le 19, derrière les oreilles, à cause d'un peu de délire qui était survenu; mais les symptômes s'aggravent de plus en plus, la face prend le caractère hippocratique, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit et vacillant. Dans cet état de chose, on revient de nouveau à la décoction de quinquina, à l'eau vineuse; le malade semble sortir momentanément de sa stupeur; il fait effort pour tirer la langue, qui est retenue dans sa bouche, par des croûtes et stries noirâtres, enfin il succombe le 24, dans l'adynamie la plus complète.

A l'autopsie cadavérique faite le lendemain : vaste escharre au coccyx comprenant toute l'épaisseur de la peau; engorgement des vaisseaux cérébraux, avec déposition d'une lymphe séreuse, dans le réseau de la pie-mère; rougeur violacée des bronches, avec engouement péripneumonique du bord postérieur des poumons; couleur ardoisée, épaississement mameloné de la membrane muqueuse gastrique, surtout au niveau du pylore; enfin, grand nombre de follicules intestinaux tuméfiés, rougeâtres; quelques-uns ulcérés profondément et recouverts d'une sorte de détritus fongueux, colorés en jaune par la bile. Ces désordres existaient vers la fin de l'intestin grêle et en remontant à une assez grande hauteur. Beaucoup de glandes mésentériques étaient engorgées; quelques-unes égalaient le volume d'une petite noix; leur intérieur était formé d'une matière pultacée, piquetée de points brunâtres.

Obs. III.[e] Un maçon, âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin, fort et musclé, était malade depuis douze

jours, lorsqu'il fut soumis à notre observation (29 juin 1825). Il était alors plongé dans un grand affaissement, l'intelligence obtuse, l'entrée de la bouche garnie de croûtes fuligineuses, la langue desséchée et noirâtre, le ventre météorisé, le pouls fréquent, la peau chande et sèche; nous ignorons quel traitement avait été employé avant cette époque. Ce malade fut mis d'abord aux boissons adoucissantes, sans aucun succès. Le 3 juillet, on administra un lavement avec camphre, gr. xij, et le 4 une décoction de quinquina, plus, un julep contenant ʒ j d'extrait de quinquina; mais la stupeur fit des progrès, une agitation délirante s'empara du malade, les membres se refroidirent, le pouls devint insensible; enfin, il succomba, le 6 à midi.

A l'ouverture du cadavre, faite le lendemain : forte rigidité cadavérique, chairs fermes, embonpoint conservé; rien de particulier dans l'encéphale, qu'un peu d'engorgement des vaisseaux cérébraux; dans la poitrine, engouement noirâtre de la partie postérieure des poumons; Dans l'abdomen, pointillures rouges, épaississement et couleur ardoisée de la membrane muqueuse gastrique; vaste ulcération fongueuse et noirâtre, reposant sur la valvule cœcale; autres ulcérations nombreuses et de toute grandeur, profondément excavées et boursouflées, en remontant à deux ou trois pieds au-dessus de l'intestin grêle; quelques follicules commençant à s'ulcérer dans le cœcum; bon nombre de ganglions mésentériques rouges et gonflés.

Obs. IVe Un tanneur, âgé de 23 ans, tombé malade depuis quinze jours, (mois de juin 1825) ne pouvait fournir aucun renseignement, sur ce qui avait précédé, à raison de l'état de stupeur et de délire dans lequel il était plongé, ses réponses étaient lentes et incertaines, les lèvres tremblantes, la langue sèche, la peau chaude, le

pouls fréquent et peu développé; il y avait du dévoiement; vingt sangsues furent placées à l'anus. Pendant la nuit, agitation, délire, chants joyeux. Le lendemain, stupeur plus prononcée que la veille, soubresauts des tendons. (*Décoct. de quinquina, julep, extrait de quinquina*, ʒj, *lavement camphré*, *gr.* xij). Le 3.e jour, fuliginosités dentaires et linguales, sueurs froides aux extrémités, tremblemens convulsifs des membres avec secousses fortes, marmottement, subdélirium continuel. (*Même prescript.*). Le 4.e jour, prostration complète, demi-coma, paupières laissant voir dans leur écartement le blanc des yeux, pouls filiforme; mort dans la journée.

Ouverture du cadavre, au bout de 24 heures. — Faible rigidité cadavérique, injection foncée de la pie-mère, infiltration séreuse dans son réseau, piqueture rouges sur le pourtour des circonvolutions; sérosité plus qu'ordinaire dans les ventricules; poumons sains, cœur petit et décoloré; membrane muqueuse de l'estomac, d'un noir brun, presque uniforme, faiblement adhérente et un peu ramollie; au duodénum, foule de petits points noirs confluens, semblable par leur aspect à celui d'une barbe noire qui vient d'être rasée; vers la valvule cœcale et à deux pieds au-dessus, bon nombre de follicules saillans formant des plaques ovales brunes et fongueuses à leur surface, aucune des plaques n'était convertie en ulcérations, mais une dixaine de ces ulcérations existaient dans les portions transverse du colon et dans le rectum; elles étaient profondes et environnées d'un cercle d'injection. Du reste, beaucoup de ganglions mésentériques étaient engorgés; l'odeur du camphre se reconnaissait facilement, en ouvrant les intestins.

Sans nous occuper de la nature de la maladie qui fait le sujet des observations précédentes, examinons quels ont été les résultats du traitement employé dans ces cas.

Reconnaissons d'abord que des symptômes graves existaient au moment où l'art est intervenu d'une manière active, et que probablement tout secours était devenu inutile. (vu la période avancée de la maladie) quelque route qu'on eût suivie, quelque médication qu'on eût adoptée; dans tous ces cas, des antiphlogistiques ont été employés de prime abord, et il faut le dire, sans aucun succès marqué : bientôt on leur a substitué un traitement opposé qui n'a pas été plus efficace; mais en même temps nous avons vu les symptômes s'aggraver rapidement, quelques-uns inconnus jusques alors surgir tout-à-coup, et de ce nombre sont la noirceur de la langue et des gencives, le développement de parotide sous-maxillaire (*Obs.* Ire) et d'escharres au coccyx (*Obs.* IIe); enfin, une prostration croissante suivie bientôt de la mort. Est-ce là un effet naturel des progrès du mal? Mais pourquoi cette aggravation a-t-elle suivie de si près l'emploi des toniques? Vainement on en chercherait la raison dans on ne sait quelle malignité particulière de la maladie, l'autopsie cadavérique est là, pour témoigner des altérations profondes des organes; et que serait-ce, si nous emparant de ces altérations, effets ou causes de la maladie, n'importe, nous les opposions au traitement? D'une part, des membranes muqueuses épaissies, ramollies, ulcérées, de l'autre du quinquina, du camphre appliqués sur leur surface : mais ne nous pressons pas de conclure; le doute, en pareille matière, ne doit céder qu'à l'évidence; c'est pourquoi interrogeons de nouveaux faits qui puissent former notre conviction.

Deuxième série de faits.

Obs. V.^e^ — Un boucher âgé de 29 ans, brun, grand, régulièrement conformé, se disait malade depuis cinq jours lors de son entrée à l'hôpital (7 avril 1824). Il se

plaignait seulement d'avoir de la fièvre, sans accuser aucune douleur particulière, avait toutefois un air mal assuré dans ses réponses et un peu d'égarement dans l'expression de la face, il répondait juste néanmoins. Sa respiration était naturelle, sa langue humide, fortement bordée en rouge; le ventre souple et indolent, le pouls fréquent et développé, constipation. Deux saignées sont pratiquées à deux jours d'intervalle; elles ne changent rien à cet état fébrile dont le point de départ reste inconnu. Le 12, quelques soubresauts de tendons se manifestent, la langue est tremblante, les réponses se font attendre et sont comme indécises. (*Deux demi-lavemens camphre, gr.* vj; *fomentat. sinapisées aux pieds; compresses trempées dans l'oxycrat, sur le front; limonade citrique pour boisson.*) Le 13, rien de changé. (*Même prescript.; plus, un vésic. à chaque cuisse.*) Le 15, soubresauts des tendons plus forts, produisant une secousse brusque qui soulève quelquefois la main en totalité, expression d'étonnement à la face, aucune douleur accusée par le malade, aucune développée par la pression sur le ventre, point de dévoiement, un peu de toux avec du râle sybillant à l'auscultation, pouls fort, à 120 pulsations par minute. (*Petite saignée, deux demi-lavemens camphrés*, gr. xij, *dans chaque.*) Le 17, un peu de moiteur à la peau. Le 18, cinq à six selles liquides. Le 19, on supprime les lavemens camphrés pour y revenir le lendemain, et pendant tout ce temps l'état du malade ne s'améliore point; au contraire, la face s'altère profondément, les yeux se creusent, les soubresauts des tendons et le dévoiement continuent; néanmoins la langue reste humide. Le 25, on ajoute à la prescription un julep avec extrait de quinquina, ʒ ß; on réduit à six grains le camphre contenu dans chaque lavement. Le 26, on remplace l'extrait de quinquina par l'extrait

d'aunée. Le 28, on prescrit les lavemens camphrés dans une décoction de quinquina. Le 29, ecchymose noirâtre sur le coccyx, vergetures brunes sur l'épaule droite, taches pétéchiales sur les cuisses. Le 3 mai, hallucinations, bourdonnemens dans les oreilles. (*Julep avec acétate d'ammoniaque*, ℈.) Pendant tout le cours du mois de mai, les symptômes énumérés précédemment varient peu, si ce n'est que le malade maigrit, s'affaisse de plus en plus, et que des escarrhes profondes se développent sur le coccyx et les trochanters, en même temps un gonflement parotidien se manifeste à droite. D'ailleurs les lavemens camphrés sont continués, si ce n'est qu'on leur substitue ʒ j de thériaque pendant trois jours; le julep contient tantôt ʒ j d'extrait de quinquina, tantôt ℈ j d'acétate d'ammoniaque, ou bien ℥ ß de sirop diacode. Au 1.er juin, le malade était dans l'état suivant: véritable momie, sa peau terne, aride et terreuse, les yeux profondément excavés, le nez effilé, la langue sèche à sa base. Une horrible infection provenant d'un dévoiement lientérique et des escarrhes du coccyx se répandait autour de lui. Pendant le jour, il paraissait calme, silencieux, répondait assez juste, mais pendant la nuit sa tête s'échauffait; il divaguait et s'agitait; son pouls était petit, faible, toujours fréquent; enfin, il a succombé le 7 juin, au bout de deux mois de maladie et dans le dernier degré de marasme, ayant fait usage jusques à la fin des médicamens dont il a été question.

Ouverture du cadavre, le 8. — Point de roideur cadavérique, odeur putride des escarrhes qui s'étendent largement entre la peau et les muscles; suppuration circonscrite et sanieuse dans le tissu cellulaire qui environne la parotide droite. — *Tête.* Aucune lésion manifeste dans l'encéphale, si ce n'est une diminution de consistance du cerveau et surtout du cervelet, dont la substance était

plus humide que dans l'état naturel. — *Poitrine*. Poumons libres de toute adhérence, faiblement engoués à leur partie postérieure; cœur petit, atrophié, d'un tissu assez ferme, mais décoloré, et ne contenant qu'un peu de sang liquide noir dans ses cavités.—*Abdomen*. Membrane muqueuse gastrique généralement brune-ardoisée, un peu épaissie, mais nullement ramollie; celle des intestins grêles, pâle et amincie, jusques à quelques pieds au-dessus de la valvule cœcale; elle ressemblait à une toile d'araignée par sa finesse; plus bas on voyait une trentaine d'ulcérations déprimées, à bords noirâtres, de grandeur variée; la plupart ayant pour plancher la membrane séreuse des intestins; les plus considérables se trouvaient au voisinage de la valvule cœcale. Dans le gros intestin, grand désordre, surtout dans la portion transversale du colon et au rectum. Là, épaississement, boursoufflement noirâtre de la membrane muqueuse, qui présentait en outre des milliers de petites ulcérations circulaires et déprimées à leur centre comme si on les eût excavées avec un emporte-pièce. Entre les membranes musculeuses et muqueuses de la vessie, existaient une demi-douzaine d'ecchymoses semblables aux vergetures que la peau avait offertes pendant la vie. Du reste, la bile cystique était séreuse, le foie brun, la rate noire et friable.

Obs. VI.ᵉ — Une fille, âgée de 15 ans, non réglée, peu développée pour son âge, était tombée malade depuis quinze jours, lorsqu'elle se présenta à notre observation (17 juillet 1824.) Elle était alors plongée dans un profond accablement, triste, silencieuse, l'œil morne, la parole embarrassée, les idées confuses à tel point qu'elle ne pouvait rendre compte ni de ses sensations actuelles, ni de son état antérieur, la peau blafarde, le pouls dépressible et peu fréquent, la langue légèrement bordée en rouge, le ventre chaud, météorisé, indolent;

un dévoiement rougeâtre existait depuis quelques jours. (*Infusion de tilleul, sinap. aux jambes, foment. avec l'alcohol camphré sur le ventre.*) Le 18, plus mal, état demi-soporeux, pouls faible et sans fréquence. (*Limonade alcoholisée, décoct. de quinquina, julep, extrait de quinquina*, ʒ j.) Le 19, face pâle et violacée, regard éteint, nulle connaissance, météorisme abdominal porté au dernier degré, faiblesse persistante du pouls. (*Même prescript.*; plus, *musc*, *gr.* ij; *application de glace*, ℔ j *sur le ventre.*) Le 20, stupeur profonde, insensibilité presque générale, respiration plaintive. Au soir, réaction très-forte, chaleur de la peau, fréquence du pouls. (*A la prescription de la veille, on ajoute sulfate de quinine, gr.* ij, et *nitre gr.* j.) Le 21, froid des extrémités, insensibilité du pouls, respiration entrecoupée, yeux ternes et affaissés. Mort à sept heures du soir.

Ouverture du cadavre le surlendemain. — Escarrhe superficielle et livide sur le sacrum, forte roideur cadavérique. Vaisseaux cérébraux contenant plus de sang que dans l'état naturel, présentant à la section une multitude de points rouges qui se changeaient aussitôt en gouttelettes sanguines; point d'épanchement dans les ventricules du cerveau, point de lésion dans sa substance. Poumons gorgés de sang noir et un peu ramollis à leur partie postérieure. Cœur sain. Membrane muqueuse gastrique nullement altérée, ayant une couleur et une consistance naturelles; intestins grêles exempts pareillement de toute lésion. On voyait seulement, dans l'étendue de deux pieds au-dessus de la valvule cœcale, vingt à trente glandes de Peyer, engorgées, saillantes, plutôt pâles que rouges, non ulcérées, et sans altération de la membrane muqueuse à leur voisinage. Un petit nombre de ganglions mésentériques étaient tuméfiés et noirâtres. Le cœcum contenait quelques ascarides lombricoïdes. Il

offrait, ainsi que le colon ascendant, un peu de rougeur par simple injection, sans épaississement de la membrane muqueuse. Autres organes sains.

Obs. VII.e — Un maçon, âgé de 21 ans, fort et sanguin, accusait huit jours de maladie lorsqu'il fut soumis à notre observation (26 mai 1824.) L'invasion avait été marquée par des lassitudes générales, de la céphalalgie, de la fièvre, symptômes auxquels s'était ajouté du dévoiement; il y avait beaucoup de chaleur à la peau, une grande soif, une rougeur vive des bords de la langue, le ventre était endolori dans sa généralité; du reste, l'intelligence saine, les mouvemens faciles. (*20 sangs. à l'anus, gomme arabiq.. lavement émol.*) Les jours suivans, amélioration qui devient encore plus marquée à la suite de l'application de 12 sangsues à l'épigastre. Mais le 31, légère stupeur dans l'expression de la face, langue complètement desséchée et fendillée, embarras dans la parole; deux selles en dévoiement : toutefois le ventre est indolent, le pouls petit, peu fréquent. (*Limon. citriq. aromatisée, julep, extr. de quinquina* ʒ, *éther* g.tts xv, *sinapismes aux extrémités, eau vineuse.*) Le 1.er juin, prostration, décubitus dorsal, face plus stupide, langue recourbée en gouttière, épaisse, comme rôtie; épigastre douloureux à la moindre pression; trois selles en dévoiement; grande soif. La sensibilité épigastrique fait renoncer à l'administration du quinquina par la bouche. On prescrit (*trois demi-lavemens avec poudre de quinquina*, ʒj, *camphre*, *gr.* vj; *dans chaque, fomentations animées d'eau-de-vie camphrée sur le ventre, deux sinap. aux extrémités.*) Le 2, délire bruyant pendant la nuit, réponses mal assurées, stupeur croissante, ventre un peu ballonné, moins sensible à la pression que la veille. (*Décoction de quinquina gommée et aromat.*, *julep*, *extrait de quinquina* ʒß, *compresses trempées*

dans l'oxicrat sur la tête.) Les jours suivans, l'extrait de quinquina est porté à un gros et demi. Le 7, on joint à ce traitement trois bols composés chacun de camphre et nitre, gr. ij; sulfate de quinine, gr. j, à prendre pendant la journée. Malgré cette médication tonique, le malade tombe dans l'adynamie la plus complète. Le 9, on le voyait dans un état demi-soporeux, insensible à toute excitation, couché sur le dos, les jambes écartées, la face terne et livide, les yeux chassieux, les dents et la langue recouvertes de croûtes noirâtres, le ventre affaissé contre le rachis. Le 10, il rend plusieurs selles boueuses couleur de résiné; une sueur froide et visqueuse se répand sur la peau, la respiration s'embarrasse : il succombe à quatre heures du soir.

Ouverture du cadavre 22 heures après la mort. — Maigreur avancée, tache noirâtre sur le coccyx, un peu d'engorgement dans les vaisseaux cérébraux et de l'infiltration dans le réseau de la pie-mère, aucune autre lésion dans l'encéphale. Rougeur violacée des bronches, engouement noirâtre avec ramollissement au bord postérieur des poumons; cœur ferme. — *Abdomen.* Ganglions mésentériques démésurément tuméfiés, quelques-uns égalant le volume d'un petit œuf de poule, rouges-bruns et comme pénétrés de sang au dedans comme au dehors. Estomac généralement ardoisé, marqueté çà et là de ponctuations rouges; sa membrane interne évidemment épaissie, non roulante sur la membrane subjacente. Au duodénum, même altération. Dans les intestins grêles, amincissement et couleur diaphane de leurs parois; à quatre ou cinq pieds au-dessus de la valvule cœcale, nombreuses ulcérations de toute grandeur, les plus larges reposant sur la valvule même, toutes ayant des bords relevés, boursoufflés et noirâtres, salis par la matière fécale; un fond déprimé dans lequel se dessinaient les

fibres circulaires de l'intestin. Le cœcum et une partie du colon ascendant étaient remplis d'un sang noirâtre et boueux qui avait coloré en violet foncé la membrane muqueuse. Sur cette dernière, on voyait encore çà et là de très-petites ulcérations de forme circulaire. Du reste, la rate était molle, la bile cystique aqueuse, le foie d'une bonne consistance, les muscles extérieurs rouges et fermes.

Obs. VIII.e — Une fleuriste, âgée de 17 ans, pubère, bien constituée, avait été prise (mois de mars 1824), sans cause connue, de lassitudes générales, de céphalalgie, d'inappétence, avec quelques envies de vomir. Au 5.e jour, ces symptômes ayant augmenté, elle est obligée de suspendre son travail et de garder le lit. On lui administre alors gr. xxiv d'ipécacuanha en deux prises, ce qui la fait vomir beaucoup, et beaucoup aller à la selle. Le lendemain, des douleurs se déclarent dans le ventre, et l'on applique 15 sangsues à l'anus. Au 12.e jour (8 avril), soumise à notre observation pour la première fois, elle avait la langue pointue, rouge à ses bords, une grande soif, beaucoup de chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls, une douleur sourde répandue dans la totalité du ventre; le dévoiement persistait. (20 *sangsues à l'anus.*) Le lendemain et jours suivans, le dévoiement paraît se calmer, l'endolorissement du ventre diminue, mais la fièvre ne cesse point; la langue offre la même rougeur, la malade éprouve un abattement et un malaise considérables sans pouvoir dire où elle souffre; on revient inutilement par deux fois différentes à l'application de sangsues à l'anus. Le 19., délire nocturne, altération de la face, encroûtement des gencives, grand nombre de selles liquides. (*Décoction blanche aromatisée, julep, extrait de quinquina,* ʒ ß *deux demi lavemens, camphre, gr.* vi *dans chaque, vésicatoire à*

chaque cuisse). Le 20, stupeur, yeux larmoyans, langue d'un rouge vif, demi-surdité, chaleur âcre de la peau. (*Même prescription.*) Le 21, de plus mal en plus mal, langue recouverte de croûtes noirâtres, ventre cave, dévoiement lientérique, tache livide sur le coccyx. (*Décoction blanche coupée avec la décoct. de quinquina, julep, extrait de quinquina*, ℨj; *deux demi-lavemens, camphre, gr.* xij *dans chaque.*) Le 22, face entièrement décomposée, langue ressemblant à un morceau de cuir, marmottement, subdélirium, respiration précipitée. (*Même prescription.*) Le 23, pouls insensible. Mort à trois heures du soir.

Autopsie cadavérique le surlendemain. — Escarrhe livide commençant sur le coccyx, simple engorgement des vaisseaux cérébraux, aucune altération dans les viscères thoraciques. — *Abdomen.* Couleur cendrée de la membrane muqueuse de l'estomac, sans épaississement ni ramollissement; quarante ulcérations environ vers le pied de l'intestin grêle, variables en grandeur, à fond noirâtre, boursoufflées à leur circonférence. Désorganisation telle de la membrane muqueuse du colon, qu'elle était partout noirâtre, boursoufflée et ulcérée en mille endroits; ces ulcérations, de forme circulaire et très-étroites, semblaient faites comme avec un emporte-pièce; le rectum ne participait point à ces désordres; les glandes mésentériques étaient en général gonflées et noirâtres dans leur épaisseur.

Obs. IX.[e] — Un maçon, âgé de 19 ans, arrivé depuis peu de temps à Paris, fut pris d'un dévoiement assez abondant qui ne l'empêcha pas d'abord de travailler; mais au bout d'un mois, après avoir commis plusieurs imprudences dans son régime, ses forces faiblirent, il fut obligé de venir chercher du secours à l'hôpital (15 juin 1825). Là il fut mis d'abord à l'usage des boissons adou-

cissantes, on le priva de tout aliment, et au bout de quinze jours il parut se rétablir, le dévoiement s'appaisa; la langue, qui était sèche, s'humecta; la fièvre disparut en grande partie. Mais les forces ne revenant point, on prescrivit, le 1.er juillet, *du vin par cuillerées, une décoction de quinquina et du bouillon.* Peu-à-peu son état empira, le teint se rembrunit, la peau devint sèche et rugueuse, la maigreur fit des progrès, la face prit un caractère sombre et triste, le dévoiement reparut, et tout cela presque sans fièvre. Au 13 juillet, ce malheureux était de plus en plus languissant; sa langue offrait une rougeur lisse uniforme. Au 21, des vésicatoires placés aux cuisses s'ulcèrent spontanément; leur surface se recouvre de petits trous ronds, comme s'ils avaient été faits avec un emporte-pièce. (*A la prescription ordinaire on ajoute* ℥iv *de vin de quinquina.*) Enfin, le 29, le malade succombe après avoir passé par tous les degrés de marasme, et s'être, en quelque sorte, desséché de son vivant.

Ouverture du cadavre. — Véritable squelette, dont les os semblaient même s'être atrophiés; rien de lésé dans le crâne et le thorax; mais dans l'abdomen, couleur ardoisée, noirâtre, avec ramollissement presque général de la membrane muqueuse gastrique; un pied et demi d'intestin grèle au voisinage de la valvule cœcale, dévoré par des ulcérations larges, profondes, à bords mous et noirâtres; la presque totalité du gros intestin couvert pareillement de petites ulcérations profondes et arrondies, lesquelles étaient environnées d'une membrane muqueuse réduite en une espèce de bouillie sanguinolente, que le plus léger grattage suffisait pour enlever.

Dans cette seconde série d'observations, comme dans la première, on a d'abord mis en usage le traitement antiphlogistique; il existait, en effet, dans la plupart de ces

cas, des symptômes trop évidens de surexcitation générale ou locale, pour qu'on ne déférât pas à cette première indication; mais aussitôt qu'un phénomène insolite s'est manifesté, comme des soubresauts des tendons (*Obs.* V.^e^), une certaine stupeur dans l'expression de la face (*Obs.* VIe et VIIe), une certaine prostration des forces (*Obs.* VIIIe), un état particulier de langueur dans la convalescence (*Obs.* IXe), aussitôt on a suivi une route opposée dans le traitement, comme si la maladie eût tout-à-coup changé de nature par l'addition de ces phénomènes. Mais le camphre a-t-il appaisé les soubresauts de tendons, calmé l'ataxie, dissipé la stupeur? Le quinquina a-t-il relevé les forces et donné une impulsion favorable vers la convalescence? Tant s'en faut. Ces médicamens ont aggravé l'état des malades, soit tout-à-coup, soit d'une manière lente et progressive, et définitivement leur usage a été suivi de la mort. Ici nous sommes forcés d'accuser l'art, ne pouvant le disculper, comme dans nos premières observations, en opposant la gravité de la maladie et ses résultats inévitablement funestes. Tout annonce, au contraire, que plusieurs de ces derniers malades (*Obs.* VIIe, VIIIe et IXe) étaient dans des conditions favorables pour arriver à la guérison, lorsqu'on a supprimé un traitement qui avait plus ou moins réussi jusques-là pour lui en substituer un autre dont on n'a pas retiré le moindre avantage. Remarquons en outre que les lésions, quelque profondes que nous les ayons trouvées, ne disent pas que le mal était incurable, car il faudrait savoir si elles ne sont pas devenues telles par le fait du traitement plutôt que par le fait de la maladie, et nous avons quelque raison de penser qu'il en est ainsi, non-seulement en considérant la marche et les progrès des symptômes, mais en nous appuyant sur le siége de ces lésions. Elles existaient en effet spécialement dans le

gros intestin, elles s'y présentaient sous une forme tout-à-fait destructive, des milliers d'ulcérations avaient corrodé la membrane muqueuse de ce canal; est-ce là que les maladies dont nous nous occupons portent spécialement leurs atteintes ou vers la fin de l'intestin grêle? Ne faut-il pas regarder les lavemens camphrés comme ayant concouru à les fixer de préférence sur le gros intestin, surtout quand on considère que ce médicament a été administré à des doses assez élevées et tellement multipliées, qu'un des malades (*Obs.* V.^e^) a pris plus de cinq cents grains de camphre dans l'espace d'un mois.

Tous ces résultats nous paraissent indubitables, mais afin de faire voir avec quelles précautions et quelle défiance on doit employer les toniques dans ces circonstances, examinons une autre série de cas, dans lesquels ces médicamens, après avoir semblé produire çà et là quelques amendemens assez notables, ont été funestes en dernier résultat, bien que les désordres intérieurs fussent portés à un faible degré, comparativement à ceux dont nous avons parlé jusqu'ici.

Troisième série de faits.

Obs. X.^e^ — Une domestique âgée de 16 ans, forte et bien constituée, réglée depuis une année et l'ayant été convenablement à chacune de ses époques menstruelles, accusait six jours de maladie lorsqu'elle se présenta à notre observation (15 avril 1824). L'invasion avait été marquée par de grandes lassitudes, des douleurs de reins, des frissons, de la céphalalgie et une forte fièvre. Elle ne savait dire précisément où elle souffrait, le ventre était cependant sensible à la pression dans sa totalité, la langue rouge à ses bords, la soif vive, la chaleur de la peau âcre et sèche. Pendant quatre jours, elle fut soumise à un traitement antiphlogistique assez actif, on appliqua

d'abord vingt sangsues à l'anus, puis cinquante disséminées sur le ventre, enfin vingt-cinq à l'épigastre, sans obtenir aucun soulagement; au contraire, la langue et les gencives se recouvrirent d'un enduit fuligineux, la malade tomba dans un accablement profond. Le 19, deux vésicatoires appliqués aux jambes semblèrent la relever momentanément de cet état d'affaissement; la langue était moins brune et moins sèche que précédemment, le pouls fréquent et assez développé. (*On prescrit deux demi-lavemens, avec camphre gr.* vj *dans chaque.*) Le 20, aggravation des symptômes; langue croûteuse et noirâtre, ne pouvant être tirée hors de la bouche; intelligence obtuse, plusieurs selles en dévoiement. (*Julep extrait de quinquina* ℥j, *deux lavemens avec camphre gr.* xij *dans chaque, sinapismes aux extrémités*). Le 21, cris, plaintes et gémissemens continuels; face profondément altérée, peau brûlante; ventre ballonné, partout sensible à la pression; pouls d'une fréquence extrême. (*Même prescription : de plus, fomentations avec l'eau-de-vie camphrée sur le ventre.*) Les 22 et 23, le même traitement est continué; la malade ne cesse de pousser des cris, le ventre se météorise de plus en plus, le dévoiement redouble, la langue reste emprisonnée au fond de la bouche, retenue par des croûtes épaisses qui bordent l'entrée de cette cavité. Le 24, on supprime l'extrait de quinquina, on réduit le camphre à six grains pour chaque lavement. Le 25, amélioration, qui devient de plus en plus marquée le 26 et le 27. La langue se ramollit, se débarrasse de l'enduit noirâtre qui la recouvre; la face prend une expression moins désespérante; la chaleur de la peau diminue, ainsi que la fréquence du pouls; le ventre s'affaisse, l'intelligence s'ouvre, la malade prête attention aux questions qu'on lui adresse. Pendant tout ce temps, une escarrhe brunâtre se développe sur le coccyx: au 28,

les plaintes et les cris recommencent, la langue se sèche de nouveau, le ventre manifeste encore de la douleur par la pression, la face est plus abattue. (*Infusion de serpentaire de Virginie, julep extrait d'aunée* ℈j, *Mindérérus* ℥ß, *deux demi-lavem.*, *camphre gr.* xij *dans chaque*, *vésicatoire volant sur la poitrine.*) Le 30, on supprime l'infusion de serpentaire, on revient au julep avec un gros d'extrait de quinquina, on maintient les lavemens avec camphre gr. xij. Les jours suivans, amélioration telle que la convalescence semble prochaine; la malade recouvre l'usage de toutes ses facultés; sa face est pleine de vie, sa langue devient entièrement humide et blanche; la température de la peau, la fréquence du pouls se rapprochent de l'état naturel; le ventre cesse d'être douloureux, le dévoiement s'appaise. Mais l'escarrhe du coccyx fait des progrès, et devient une nouvelle source de douleurs par la gêne qu'elle met dans la position de la malade; une autre escarrhe se développe sur le trochanter droit. Au 7 mai, réapparition de la fièvre, amaigrissement, prostration, voix éteinte. Le 9, face mourante, gargouillement bronchique, pouls insensible, membres froids; mort à midi. Le même traitement a été suivi jusqu'à la fin.

Ouverture du cadavre le 10. — Faible rigidité cadavérique; vastes escarrhes au coccyx et au trochanter droit, pénétrant, le premier, jusqu'à l'os, et le second intéressant la peau seulement. Aucune altération appréciable dans l'encéphale; poumons sains, faiblement engorgés à leur bord postérieur; cœur dans l'état naturel. *Abdomen.* — Estomac fortement contracté, sa membrane interne un peu épaissie et d'un gris ardoisé foncé dans toute son étendue, couleur qui était interrompue par quelques bandes longitudinales rouges correspondant aux plis de la membrane muqueuse; intestins grèles exempts de toute altération jusqu'à quelques pouces de

la valvule cœcale, où l'on remarquait seulement cinq à six ulcérations, mais assez larges et assez profondes, environnées d'un bord noirâtre; ganglions mésentériques ayant leur volume naturel, mais d'une couleur brunâtre jusques dans leur centre. Le gros intestin contenait des matières fécales liquides, il était sain dans toute son étendue.

Obs. XI.e — Un terrassier âgé de 23 ans, d'une belle stature, d'un gros embonpoint, habitait Paris depuis trois mois seulement, lorsqu'il fut pris de courbature, de lassitudes générales, avec fièvre et perte d'appétit. Comptant se soulager, il avala quelques tasses de vin chaud et prit deux grains d'émétique qui le firent beaucoup vomir et lui donnèrent un peu de dévoiement. Son mal ayant empiré rapidement, il se rendit à l'hôpital au dixième jour, le 21 juillet 1825. Voici quel était son état : chaleur brûlante de la peau, commencement de stupeur répandue sur la face, réponses lentes et mal assurées, langue sèche au centre, contractée vers sa pointe, rouge à ses bords; soif vive, ventre un peu météorisé, nullement douloureux même par une forte pression; haleine courte, respiration sybillante à l'auscultation, pouls fréquent, assez développé. (*Vingt sangsues à l'anus, limonade, lavement émollient.*) Le 23, ces symptômes n'ayant subi aucun amendement, on prescrit : *deux pots de décoction de quinquina, un julep avec extrait de quinquina* ℥ij, *des sinapismes aux cuisses.* La nuit suivante, agitation, délire, qui portent le malade à sortir de son lit et à courir dans la salle. Le 24, prostration, stupeur profonde, langue fuligineuse et complètement desséchée; face d'un rouge d'ocre, respiration entrecoupée, abdomen énormément ballonné, pas de selles; en même temps la chaleur de la peau a diminué, le pouls est devenu faible, mou, peu fréquent. (*Même prescription, si ce n'est qu'on ré-*

duit l'extrait de quinquina à un ℥ß.) Le 25, discordance des symptômes : en mieux, la langue s'est humectée, les croûtes noires qui recouvraient sa surface se sont ramollies et converties en un mucus visqueux, ses bords sont plutôt violacés que rouges, ce qui tient à la gène de la respiration; la température de la peau se rapproche de l'état naturel, le pouls est peu fréquent. En mal : la stupeur fait des progrès; on excite difficilement le malade, il semble plongé dans un sommeil léthargique, ses yeux sont rouges et chassieux, la respiration laborieuse, le ventre tellement météorisé, qu'il dépasse de beaucoup le niveau de la poitrine. (*Même prescription, on coupe la décoction de quinquina avec l'eau de tamarin.*) Le 26, le malade semblait plus éveillé, mais la langue s'était recouverte de nouveau de croûtes noirâtres. Le 28, il était retombé dans le même état de stupeur que précédemment, les fuliginosités s'étaient étendues sur les gencives et les lèvres; la température de la peau et la fréquence du pouls se maintenaient dans des conditions presque naturelles. (*On ajoute* ʒj *d'extrait de quinquina dans le julep.*) Le 29, on supprime le julep, qui est remplacé par deux demi-lavemens contenant chacun douze grains de camphre. Au 1.er et 2 juillet, un peu d'amendement se manifeste, le malade est moins engourdi, plus dispos à répondre; le météorisme abdominal a diminué. Le 3, agitation, délire, forte exacerbation fébrile; on supprime les lavemens camphrés. Les jours suivans, l'état du malade paraît encore s'amender; la langue se débarrasse de nouveau des croûtes noirâtres dont elle est recouverte; la face est plus vivante, le dévoiement diminue; ces alternatives en mieux et en mal se répètent encore plusieurs fois dans le cours du mois. Dès le 15, on revient au julep avec ʒj d'extrait de quinquina. Au 18, un phlegmon érysipélateux se manifeste spontanément dans le creux po

plité du côté droit et envahit bientôt toute la face postérieure du membre; la peau se décolle, s'ulcère et fournit une suppuration ichoreuse. (*A la prescription, on ajoute* ℥j *de vin de quinquina.*) Enfin, ce malheureux, épuisé par cette suppuration et le dévoiement, succombe le 27 dans un état de maigreur vraiment squelettique.

Ouverture du cadavre le 28. — Tout le tissu cellulaire sous-cutané situé à la face postérieure du membre inférieur droit, à partir du talon jusques à la fesse, était en suppuration et s'enlevait par lambeaux gangrénés; les muscles subjacens étaient comme disséqués, la peau largement décollée. Au cerveau rien de particulier; dans la poitrine, simple engouement des poumons à leur bord postérieur; atrophie du cœur qui avait participé à l'amaigrissement général. Dans l'abdomen, couleur grise ardoisée avec léger épaississement de la membraue muqueuse gastrique, surtout vers la région pylorique; vers la fin de l'intestin grèle, cinq ulcérations seulement, mais larges, profondes et à bords noirâtres; en remontant, quatre autres ulcérations moins étendues; le reste de l'intestin grèle entièrement sain. Dans le colon descendant et le rectum, rougeur intense de la membrane muqueuse par ponctuations rapprochées; un peu d'épaississement sur la membrane muqueuse.

Obs. XII.e Une domestique, âgée de 20 ans, forte et sanguine, ayant éprouvé, pendant une dixaine de jours, les prodrômes ordinaires des maladies fébriles, tomba peu-à-peu dans l'état que voici: (14 mai 1824) elle était abattue, comme accablée par le poids de son mal; elle accusait deux points douloureux, un à l'épigastre, que la pression augmentait, l'autre sous la mamelle droite, que l'auscultation ne justifiait point, mais la respiration était accélérée, la peau chaude et sèche; la face colorée, la langue d'un rouge vif à ses bords, tendant à se dessécher,

le pouls fréquent, assez développé. (*Saignée, deux palettes, quarante sangsues à l'épigastre*). Le 15, diminution des points douloureux, persistance des autres symptômes; plusieurs selles en dévoiement. (*huit sangsues avec ventouses sur le côté droit de la poitrine, tisane adoucissante*). Le 16, mieux encore sous le rapport des douleurs accusées par la malade, mais la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, la rougeur de la face, celle de la langue se maintiennent au même degré; on entend un râle sec et sonore, dans les deux côtés de la poitrine. (*Quinze sangsues à l'anus, vésicatoires aux jambes*). Le 17, plus mal, abattement considérable, face terne et violacée, langue sèche, à papilles rouges et saillantes, en même temps diminution de la chaleur de la peau et de la fréquence du pouls, qui devint faible et mou, intelligence assez libre. (*Infusion de polygala coupée avec l'eau de gomme, julep, extrait d'aunée,* ʒ j, *mindererus*, ʒ j, *deux demi-lavemens camphrés, gr.* xij *dans chaque*).

Le 18, la malade paraît mieux, son pouls se relève, elle est moins affaissée; par moment elle tousse, sa respiration fait entendre un râle sybillant général, sous-crépitant, à la partie postérieure de la poitrine. (*Même prescription.*) Le 19, elle était retombée dans son abattement, au soir, elle éprouve un fort redoublement fébrile. Le 20, elle rend, par le vomissement, quelques gorgées de son julep; la langue noircit et se desséche complètement. (*Infus. de quinquina. mindererus*, ℥ j, *julep, extrait de quinquina*, ʒj, *mindererus*, ℈ j, *deux demi-lavemens camphrés, gr.* vj *dans chaque, sinapismes.*) Le 21, décubitus dorsal, stupeur, parole lente et difficile, respiration embarrassée, teinte violacée de la face, couleur marbrée au dos des mains, quelques vomituritions après la prise des médicamens, deux selles en dévoiement. (*Même prescription, si ce*

n'est qu'on supprime l'esprit de Mindererus). Les jours suivans, l'état de la malade éprouve peu de variations, elle répugne beaucoup à prendre ses médicamens qu'elle vomit de temps à autre, on est obligé de les suspendre successivement en les remplaçant par une infusion de feuilles d'oranger et ℥ iv de vin de quinquina. Au 1.er juin; agitations nocturnes, mollesse et petitesse du pouls, soubresauts des tendons, stupeur, indifférence dans l'expression de la face, langue sèche, écailleuse, violacée sur les bords, escharre se développant au coccyx. (*Six bols composés chacun de camphre, nitre et sulfate de quinine, gr.* ij). Plus tard, subdélirium, cris et gémissemens continuels, çà et là, quelques momens tranquilles et lucides pendant lesquels la face prend une expression plus naturelle et semble inspirer l'espoir d'une convalescence prochaine; mais les soubresauts des tendons continuent; l'escharre du coccyx fait des progrès, le pouls se rétrécit; enfin, la mort arrive le 15 juin; le même traitement a été continué jusqu'à la fin.

Ouverture du cadavre, le 16. — Maigreur moins prononcée que ne l'eût fait supposer la longueur de la maladie. Vaste escharre et clapiers nombreux ayant mis à nu le sacrum et le bord postérieur des deux muscles grands fessiers; injection des vaisseaux cérébraux, avec déposition d'une couche de lymphe-séreuse, au-dessous du feuillet interne de l'arachnoïde; aucune autre lésion dans l'encéphale. Engorgement péripneumonique d'un rouge brun, à la partie postérieure des deux poumons, qui se déchiraient facilement en laissant écouler un liquide sanguinolent mêlé au détritus pulmonaire; intégrité du cœur. — *Abdomen.* — Mucus visqueux et consistant, formant une couche sur la face interne de l'estomac; au-dessous, couleur ardoisée de la membrane muqueuse, qui était épaissie, çà et là, mamelonnée et comme gra-

nuleuse, parcourue en outre par quelques bandes de pointillures rouges, surtout au pourtour du cardia; aucune altération manifeste dans les intestins grêles et gros, (qui ont été examinés avec soin) hormis deux petites ulcérations au voisinage de la valvule cœcale et autant dans le cœcum, mais un assez grand nombre de ganglions mésentériques étaient d'un noir foncé et un peu plus volumineux que dans l'état naturel.

Obs. XIII.ᵉ Une couturière, âgée de 22 ans, bien constituée, se disait malade depuis un mois, lorsqu'elle fut soumise à notre observation. (22 avril 1824). Sans cause connue, elle avait perdu l'appétit, éprouvé des lassitudes générales, de la céphalalgie et de la fièvre. Au 3.ᵉ jour, elle fit appeller un médecin, qui lui pratiqua une saignée, lui administra trois grains d'émétique, puis un purgatif, considérant sa maladie comme une fièvre bilieuse; les résultats de cette médication furent quelques vomissemens et un dévoiement qui depuis n'a pas quitté la malade; plus tard cependant elle parut aller mieux, elle se leva même pendant deux jours, mais la veille de son entrée à l'hôpital elle rendit plusieurs selles sanguinolentes. Nous la trouvâmes faible, abattue, ayant une grande soif, beaucoup de fièvre et de chaleur à la peau, la langue à moitié desséchée, un peu bordée en rouge, le ventre chaud mais souple, indolent, la respiration facile, les fonctions intellectuelles saines. (*Gomme arabique edulc.*, *lavemens émol.*, *diète*). Le 23, nouvelle selle sanguinolente composée de grumeaux noirâtres mêlés à des matières fécales liquides; pendant la nuit, agitation et délire. Le 24, on applique deux vésicatoires aux jambes. Le 25 et le 26, la fièvre tombe en grande partie, mais la malade présente dans les mouvemens et l'expression de la face un état d'abattement, de tristesse et de langueur, qui rendent cette amélioration sus-

pecte, quelques selles brunâtres se montrent encore, le ventre est toujours indolent. (*Décoct. de quinquina aromatisée avec la liqueur d'Hoffman, limonade citrique, julep, extrait de quinquina*, ʒ j, *bouillon*). Ce nouveau traitement, suivi avec constance, ne change d'abord rien à l'état de la malade, seulement les selles cessent d'être sanguinolentes et se convertissent en un dévoiement jaunâtre. Au 1.er mai : à part l'état de morosité et de langueur dont il a été question, tout semblait annoncer une convalescence prochaine; la langue était humide, le ventre souple, la peau avait une bonne température, il n'y avait point de fièvre, mais pendant la nuit la malade éprouvait un peu d'agitation, quelquefois du délire; le matin elle était calme. Le 4, elle demandait à manger, et ne se plaignait que de la faim : on lui accorde un vermicelle. Le 6, l'appétit se prononce de plus en plus; le dévoiement s'appaise. (*Demi-quart de portion*). Le 8, la face se déride, les yeux reprennent de l'expression. Le 10, un peu de fièvre survient, le dévoiement reparaît, on réduit l'alimentation à un bouillon; on prescrit : *un lavement avec thériaque*, ʒ j. Le 12, la langue se sèche et rougit de nouveau. Le 14, les vésicatoires appliqués aux jambes offrent un mauvais aspect, la peau devient terreuse et ridée, la face reprend son expression de tristesse et de concentration; cet état s'aggrave de jour en jour. Enfin, le 22, la plaie des vésicatoires se recouvre de petites escharres noirâtres et fétides. Le 28, affaissement général, couleur bleuâtre de la face, amaigrissement extrême, petisse du pouls; mort à une heure après-midi.

Ouverture du cadavre le surlendemain. — Rien d'altéré dans la tête et la poitrine. Couleur noirâtre générale de la membrane muqueuse gastrique; épaississement de cette membrane provenant de l'infiltration, dans son épaisseur et le tissu cellulaire sous-muqueux, d'une lym-

phe semblable, par sa couleur et sa consistance, à de la gelée de groseilles; delà résultait un boursoufflement tel de la membrane muqueuse, qu'en faisant agir des ciseaux à plat, on pouvait l'exciser par lambeaux de 3 à 4 lignes d'épaisseur, sans perforer l'estomac. Cette altération avait beaucoup d'analogie avec le ramollissement gélatiniforme qu'on rencontre quelquefois chez les enfans, mais la couleur en était différente. Les intestins grêles étaient parfaitement sains jusques à deux ou trois pieds au-dessus de la valvule cœcale, mais, dans cette étendue, on voyait une cinquantaine d'ulcérations en voie et à divers degrés de cicatrisation. Les unes, à peine apparentes, ne se dessinaient que par des bords un peu surlevés, et tendant à se réunir en fronçant la membrane muqueuse qui avait repris sa couleur naturelle; les autres, plus profondes, étaient encore tapissées par cette membrane; quelques-unes enfin laissaient à nu les fibres musculaires de l'intestin; aucune n'offrait de boursoufflement ou de couleur noirâtre à son pourtour; une ligne au-delà on ne remarquait plus de traces d'altération. La plupart étaient ovales, dirigées dans le sens du grand diamètre de l'intestin; il en existait quelques-unes d'étroites et de circulaires; les ganglions mésentériques avaient un volume et une couleur naturels; le gros intestin parfaitement sain. Le foie s'étendait d'un hypochondre à l'autre; sa couleur était celle de la cire jaune; il se déchirait avec la plus grande facilité.

Obs. XIV.e—Un maçon, âgé de 25 ans, était alité depuis sept jours, lorsqu'il fut reçu à l'hôpital (27 mai 1824); il avait éprouvé au début des lassitudes générales, de la céphalalgie, puis du dévoiement et une douleur continuelle à l'épigastre, douleur à laquelle on avait opposé deux applications de sangsues *loco dolenti*. En dernier lieu on avait appliqué deux vésicatoires aux jambes. Il

était dans l'état suivant : décubitus dorsal, peau terne et presque froide, face profondément altérée, parole basse, réponses lentes, mais justes; respiration accélérée, toux, expectoration muqueuse, langue rouge à ses bords, sèche et brune au centre, ventre météorisé, pouls faible, dépressible, peu fréquent. (*Limonade gommée et aromatisée, sinap. aux extrémités.*) Le 28 et le 29, stupeur, face livide, regard fixe, rire sardonique, aphonie, plusieurs selles liquides involontaires. (*Julep extrait de quinquina*, ʒj; *Mindererus*, ʒß). Le 30, amélioration, léger retour de la connaissance. Le malade s'ouvre aux impressions extérieures; il se plaint d'une grande soif, toujours couché sur le dos; ses bras sont déjetés, la respiration s'exécute avec peine; l'auscultation fait entendre dans la poitrine un râle muqueux abondant, le pouls s'est relevé. (*On porte l'extrait de quinquina à* ʒij). Le 31, moiteur à la peau, fréquence et plénitude du pouls. (*Même prescription.*) Le 1.er juin, très-mal; extrémités froides, respiration courte, regard éteint, bouche béante, parole impossible, pouls redevenu petit et faible. (*Même prescript.; plus, vin de quinquina*, ℥ iv, *eau rougie pour boisson.*) Le 2, nouveau changement en mieux, pleine connaissance, face ranimée, langue commençant à se ramollir, pouls reprenant de la force, grande soif, point de dévoiement, escarrhe superficielle sur le sacrum. Le 3, ce mieux se maintient. Le 4, une sueur copieuse inonde la peau, la face devient rouge, le pouls fort et développé, la langue s'humecte de plus en plus, mais la respiration est toujours courte, du râle sous-crépitant existe à la base des deux poumons. Le 5, cet état s'aggrave un peu, mais s'amende encore le 6. Enfin le 7 la fièvre continue avec violence, du délire se manifeste pendant la nuit, la langue se sèche complètement, les vésicatoires placés aux jambes s'ulcèrent spontanément,

l'escarrhe du sacrum s'aggrandit, le malade tombe dans une grande prostration. (*Au julep avec l'extrait de quinquina, on ajoute trois bols composés chacun de camphre gr. ij, sulfate de quinine, gr. j.*) Les jours suivans, le délire se renouvelle pendant la nuit, accompagné de gémissemens et de cris, la respiration devient de plus en plus laborieuse, le pouls misérable ; enfin le malade succombe le 11, dans l'adynamie la plus complète.

Ouverture du cadavre le 12. — Forte roideur cadavérique, peu d'émaciation, escarrhe large et fétide sur le sacrum, sablure de la substance cérébrale avec injection des vaisseaux méningiens, engorgement péripneumonique à la partie postérieure des deux poumons, dont le parenchyme était, en ce point, dense, pesant, friable et gorgé de sang; couleur ardoisée uniforme de la membrane muqueuse gastrique, laquelle était évidemment épaissie et recouverte d'un mucus visqueux. Les parois de l'intestin grêle offraient une pâleur et une minceur inaccoutumées, la membrane interne de ce canal semblait dépourvue de villosités, et avait un aspect analogue par son poli à la surface des membranes séreuses. Au voisinage de la valvule cœcale, se trouvaient seulement huit à dix engorgemens folliculaires plutôt pâles que rouges, et dont quelques-uns commençaient à s'ulcérer; néanmoins beaucoup de ganglions mésentériques étaient gonflés et pénétrés de sang; le gros intestin entièrement sain.

Obs. XV.e — Un maçon, âgé de 17 ans, d'une bonne constitution, était arrivé (lorsque nous l'observâmes pour la première fois, 11 juillet 1823), au quinzième jour d'une maladie sur l'origine et les progrès de laquelle il n'a pu nous donner aucun renseignement; il était comme hébêté, sourd; sa langue était bordée en rouge, faiblement humide; le ventre chaud, un peu météorisé; la respiration sybillante à l'auscultation; du dévoiement exis-

tait. Il fut mis pendant plusieurs jours à l'usage d'une boisson adoucissante, on appliqua douze sangsues à l'anus sans qu'il y eut beaucoup de changement; toutefois la langue s'humecta, l'intelligence parut s'ouvrir, le malade était plus apte à répondre, pourvu qu'on élevât la voix, car la surdité persistait. Le 15 juillet, on administra un pot de décoction de quinquina, un julep contenant ʒ j d'extrait de la même substance. Le 20, rien de nouveau qu'un peu plus de météorisme dans le ventre et de chaleur à la peau. Les jours suivans, le même traitement est continué. Le 23, on applique deux vésicatoires aux cuisses. Le 27, on administre deux demi-lavemens contenant chacun camphre gr. vj. L'état du malade varie encore très-peu. Le 30, il semble mieux; l'expression de la face est plus naturelle, la chaleur de la peau et le dévoiement diminuent, l'appétit se déclare, le pouls est à peine fréquent. Mais cette amélioration n'est que passagère; la maigreur fait des progrès, la peau devient terreuse et ridée, les plaies des vésicatoires offrent une surface grisâtre et sanieuse. Enfin, le 13 du mois d'août, le malade succombe dans le dernier degré de marasme; sa langue est restée humide jusques à la fin; le dévoiement avait reparu en abondance.

Ouverture du cadavre le lendemain. — Maigreur squelettique, aspect brunâtre et odeur fétide des plaies des vésicatoires. Rien de manifestement altéré dans le cerveau et la poitrine. Couche de mucus jaunâtre étendue sur la face interne de l'estomac, dont la membrane muqueuse ne présentait néanmoins aucun changement de couleur ou de consistance; partie supérieure des intestins grêles également saine; il fallait arriver jusques à un demi-pied au-dessus de la valvule cœcale pour trouver la membrane muqueuse noire, mais présentant seulement deux ulcérations étroites, circulaires, qui reposaient sur la valvule

même. En revanche, le gros intestin était horriblement maléficié; il avait dans toute sa longueur la forme d'un cylindre dur au toucher, étroit et comme raccorni par suite de l'épaississement de ses parois, et offrait à l'intérieur une surface d'un rouge uniforme ayant un aspect granuleux comme la place d'un vésicatoire ancien. Sur plusieurs points, cette surface était recouverte d'une couche plastique grisâtre, foiblement adhérente, et analogue à une fausse membrane.

Obs. XVI.e — Une couturière, âgée de 28 ans, fut apportée à l'hôpital le 29 mars 1824, après vingt-six jours de maladie ; on avait employé pour tout traitement des boissons adoucissantes, une application de sangsues à l'épigastre et des vésicatoires aux jambes. Nous la trouvâmes dans un état extrêmement grave : maigreur avancée, rudesse et sécheresse de la peau, pommettes saillantes, yeux caves, voix faible, langue large, mais rouge à ses bords, un peu brune au centre ; ventre affaissé contre le rachis, douloureux à la pression dans les deux flancs ; point de dévoiement; respiration courte, râle sonore dans la poitrine qui cependant fournit une bonne résonnance par la percussion; pouls petit, fréquent; facultés intellectuelles saines. Pendant deux jours la malade fut soumise à un traitement adoucissant, sans aucun résultat avantageux. Au 3.e jour, on administre un lavement avec gr. vj de camphre; au 4.e, on apercevait un peu d'amélioration; l'expression de la face était plus rassurante, la langue moins brune ; au lavement on ajoute un julep contenant pareillement gr. vj de camphre. Le 5.e jour, cette amélioration continue, mais une escarrhe circulaire de cinq à six pouces de diamètre se développe sur le sacrum. On recouvre cette surface de poudre de quinquina ; à l'intérieur, on administre une décoction de la même substance, un julep avec extrait de quinquina, ʒ j, le lavement cam-

phré est continué. Le 6.e et le 7.e jours, la malade semble reprendre de la force, la face se ranime, le pouls se développe, la voix est plus forte, la plaie du sacrum se déterge. Au 8.e jour, elle était moins bien, plus affaissée, plus anxieuse que les jours précédens; l'escarrhe du sacrum s'aggrandit; il s'en développe de nouvelles sur les trochanters. On ajoute ℥ ij d'extrait de quinquina dans le julep. Au 9.e jour, la malade avait repris son ancienne vigueur; la face avait cette expression d'alacrité qui semble annoncer une convalescence prochaine; ce mieux se continue les jours suivans, mais au 13.e jour la malade s'affaisse de nouveau, et après quelques autres variations en mieux et en pis, elle finit par succomber au 20.e jour depuis son entrée à l'hôpital.

Ouverture du cadavre le lendemain. — Maigreur extrême, saillie de tous les os, faible roideur cadavérique, vaste plaie circulaire reposant sur le sacrum, s'enfonçant sous la peau et les muscles décollés, ayant mis à nu le coccyx et le sacrum, le bord postérieur des muscles grands fessiers et l'aponévrose commune des muscles sacro-lombaire et long dorsal. Sur les trochanters, escarrhes noirâtres de la largeur d'une pièce de cinq francs. Rien d'altéré dans l'encéphale; les poumons engoués à leur bord postérieur, un peu ramollis et gorgés de sang; le cœur sain; la membrane muqueuse de l'estomac d'une couleur et d'une consistance tout-à-fait naturelles; les intestins grêles, vides, rétrécis, comparables à des boyaux de chat, entièrement sains jusques à quelques pouces au-dessus de la valvule cœcale; là, se rencontraient seulement une demi-douzaine d'ulcérations aplaties, noirâtres, peu étendues; deux de ces ulcérations avaient corrodé complètement les membranes muqueuse et musculeuse; la valvule cœcale était noire et ulcérée superficiellement. Quelques ganglions mésentériques offraient la

même couleur. Le colon ne présentait aucune trace de lésion ancienne ou récente. Le foie était jaune, un peu mou; la vésicule biliaire très-distendue par une bile épaisse et filante.

Les faits que nous venons d'exposer diffèrent des précédens, sous deux points de vue principaux; on y trouve d'une part quelques améliorations qui paraissent avoir lieu sous l'influence des toniques, de l'autre, des altérations intestinales infiniment légères comparativement à celles dont nous avons parlé dans nos premières observations; choses qu'il était nécessaire de rappeler d'abord au lecteur, et qui feront le texte des réflexions suivantes :

Les améliorations ont présenté cela de particulier qu'elles ont semblé agir comme par secousses et par bonds : un jour le malade était mieux, la face reprenait de la sérénité et paraissait inspirer l'espoir d'une prochaine convalescence; le lendemain ou peu de jours après tout était changé et l'on ne retrouvait plus que de la stupeur et de l'affaissement; si par fois la langue s'humectait et se nétoyait, bientôt elle se séchait de nouveau et se recouvrait de croûtes noirâtres; si la chaleur de la peau, la fréquence du pouls diminuaient, dans peu de temps un redoublement fébrile venait interrompre ce calme trompeur. Si, quelquefois, enfin, la faim, ce premier besoin de l'homme qui recouvre la santé, se faisait sentir avec une certaine violence, s'il était satisfait, aussitôt un dévoiement abondant, produit d'une mauvaise digestion, se manifestait. (*Obs.* XIII.ᵉ). C'est cependant à travers ces oscillations en mieux et en pis, que tous nos malades ont été conduits définitivement au tombeau. Qui ne voit dans ces phénomènes les effets d'une surexcitation artificielle remontant, pour un moment, les ressorts affaiblis de la vie; mais les abandonnant ensuite à une inertie plus profonde? Ainsi se comporte toute stimulation, en santé

comme en maladie, lorsqu'elle dépasse certaines mesures et que, surtout, elle s'exerce dans des conditions défavorables. Loin de reconnaître à ces effets des résultats avantageux, et d'y voir une indication pour continuer l'usage ou même redoubler les doses du modificateur, ainsi qu'il est arrivé dans les cas précédens, on n'y trouve qu'un moyen d'usure plus précoce de la vie, et par conséquent des motifs pour s'en abstenir.

Mais d'où vient que les toniques ont paru favorables dans les cas dont nous nous occupons, tandis qu'ils ont été constamment contraires ou funestes dans les précédens? Ne serait-ce pas à cause du peu d'altérations qui existaient dans le canal alimentaire? A la vérité l'estomac a présenté le plus souvent une couleur et une épaississement contre nature de sa membrane interne; toutefois c'est dans ce point que sont parvenus en premier lieu les médicamens par lesquels on a cru relever les forces des malades, et il est probable que ces lésions n'existaient pas au même degré avant l'emploi de ces médicamens. Mais l'intestin grèle qui est ordinairement le plus maléficié dans les maladies dont nous parlons, quelles altérations a-t-il offertes? cinq, six, huit ou dix ulcérations tout au plus, exactement circonscrites, quelquefois en voie de guérison. (*Obs.* XIII.[e]), ou bien de simples engorgemens folliculaires plutôt pâles que rouges (*Obs.* XIV.[e]). Est-ce là des désordres comparables à ceux que nous avons décrits ailleurs, et n'y voit-on pas la raison pour laquelle les toniques n'ont pas fait tout le mal qu'on observe en d'autres circonstances? Ainsi nous comprendrons bientôt pourquoi quelques malades guérissent, même pendant l'usage de ces médicamens. Que d'autres s'emparant de ces cas rares, et considérant le défaut de proportion qui semble exister entre quelques ulcérations intestinales, et la gravité des symptômes en tirent un argument contre la na-

ture inflammatoire, et le siège primitif de ces maladies dans la membrane muqueuse gastro-intestinale? Peu nous importe, n'ayant en vue que les effets thérapeutiques, nous dirons que le quinquina ne guérit pas plus la fièvre des *essentialistes*, qu'il ne guérit la gastro-entérite des *localisateurs* : tout cela soit dit sans mépris des opinions de qui que ce soit.

Avant de quitter ces faits, nous ferons une dernière réflexion. On a dû remarquer que tous les malades dont il y est question, offraient des escharres profondes sur le sacrum et quelquefois sur les trochanters, que les plaies résultantes de l'application des vésicatoires se gangrenaient facilement (*Obs.* XIIIe, XIVe et XVe); que des inflammations de mauvaise nature se développaient spontanément en d'autres points de la surface cutanée (*Obs.* XIe) ; ce qui a certainement concouru à précipiter la mort. Aurons-nous recours à une septicité particulière de la maladie pour expliquer ces phénomènes? Mais pourquoi les toniques dont on a fait un large emploi, n'ont-ils pas prévenu leur développement ou arrêté leur marche? Si, par une médication opposée, les mêmes phénomènes ne survenaient que rarement, et n'étaient jamais portés au degré où nous les avons vu parvenir, que faudra-t-il en conclure? Qu'il n'y a point alors de putridité dans la maladie? mais les cas sont les mêmes à la différence près du traitement sur lequel pèse, en partie du moins, cette triste responsabilité.

Mais abordons jusques dans ses derniers retranchemens la question thérapeutique qui fait l'objet de notre travail; examinons une autre série de faits dans lesquels des guérisons plus ou moins promptes sont survenues pendant l'emploi des toniques, voyons jusques à quel point elles déposent en faveur de cette médication.

(*La suite au Numéro prochain.*)

Mémoire sur l'amputation de la jambe dans l'articulation du genou, et description d'un nouveau procédé pour pratiquer cette opération; par A. Velpeau, *chirurgien à l'hôpital de la Pitié, et agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.*

Vaguement indiquée par Hippocrate (1) et Gui de Chauliac (2), un peu plus clairement signalée par F. de Hilden (3), la désarticulation de la jambe n'a cependant guères fixé l'attention qu'à dater du dernier siècle. Les anciens devaient la préférer à l'amputation ordinaire, parce que du temps de Galien et même encore au moyen âge, les amputations dans l'article étaient à-peu-près seules en usage; parce que, d'un autre côté, l'étranglement dont on se servait alors pour éviter l'emploi des instrumens tranchans et prévenir l'hémorrhagie, ne pouvait être appliqué qu'aux articulations; mais on y renonça presque partout dès que les praticiens se furent familiarisés avec l'amputation dans la continuité. Aujourd'hui, malgré les efforts de J. L. Petit (4), de Hoin (5) et de Brasdor (6), qui tentèrent de la remettre en honneur, il y a bientôt un siècle, elle n'est plus conseillée par personne. Les œuvres de Desault, de Lassus, de Pelletan et de M. Richerand, le grand Dictionnaire et le Dictionnaire abrégé des sciences médicales, le Dictionnaire de M. S. Cooper, le Dictionnaire en vingt et un vo-

(1) *De Articulis*, pag. 381 et suiv. du tome II. (Vanderlinden).
(2) Traduct. de Joubert, édit. de Rouen, page 464.
(3) *Observ. chirurgiq.*, p. 504.
(4) *OEuvres posth.*, tome III, p. 201.
(5) *Mém. de l'Acad.*, t. V, p. 508, édit. 1829.
(6) *Idem*, p. 512.

lume en font à peine mention. Sabatier (1) ne l'approuve ni ne l'improuve. M. Roche et Samson n'en disent que deux mots, sans la conseiller, dans le troisième volume de leur Pathologie médico-chirurgicale. M. Maingault qui ne l'a point omise dans sesplanches de médecine opératoire, se borne à la décrire en six lignes, et ne fait sur elle aucune réflexion. M. Græfe, M. Scoutetten, M. Guthrie qui ont traité récemment du manuel des amputations, la passent en entier sous silence ou la blâment.

M. Gouraud de Tours, dont l'ouvrage trop peu connu fut publié en 1815, la rejette formellement. « Ne jugez pas de cette amputation, dit-il, par quelques succès qu'on en a cités avec trop de prétention. Aucune espèce d'accident ne la doit faire préférer à l'amputation primitive de la cuisse, encore moins à celle de la jambe dans l'épaisseur des condyles. (2) »

M. Coster, qui parle évidemment d'après M. Lisfranc, dans son Manuel, va plus loin encore : « Il y aurait, à son avis, plus que de la témérité à la tenter dans quelque circonstance que ce soit. (3) »

M. Boyer lui meme, dont l'opinion fait loi depuis long-temps en chirurgie, se contente de prévenir qu'étant proscrite par tous les chirurgiens de nos jours, il se dispensera d'en entretenir ses lecteurs (4).

MM. Larrey (5), Dupuytren, Roux, Delpech, ne paraissent non plus l'avoir recommandée nulle part. Je ne vois en un mot, parmi nous, que M. Blandin qui ait osé en prendre la défense, dans le Dictionnaire de chirurgie pratique, en reproduisant les argumens de Brasdor en sa faveur.

---

(1) *Méd. Op.*, t. IV, p. 548, édit. 1824.

(2) *Démonstrat. des principes opérat.*, page 89.

(3) Page 116, etc.

(4) *Traité de Chirurg.*, tom. XII, p. 232.

(5) *Clinique chirurg.*, tom. III, pag. 639.

C'est donc une opération qui, au premier coup-d'œil, semblerait devoir être rayée de la chirurgie moderne. Reste à savoir maintenant si la raison et l'humanité permettent de ratifier un pareil jugement, si malgré l'accord unanime de tant d'autorités imposantes il ne convient pas de revenir encore sur une aussi grave décision. Ayant à émettre sur ce sujet une opinion contraire à celle de nos plus grands maîtres, je ne puis procéder avec trop de réserve. En conséquence, je ne parlerai des faits qui me sont propres qu'après avoir rappelé ceux que la science possède déjà, et je ne me hazarderai à tirer des conséquences des uns et des autres qu'autant qu'elles sembleront en découler naturellement.

Encore imbu des idées que j'avais puisées à l'école des hommes célèbres dont je viens de rappeler les noms, je crus devoir joindre ma faible voix à la leur, en 1826, dans mon Traité d'anatomie, et soutenir l'opinion commune en m'appuyant sur des motifs tirés de la structure même de l'articulation à ouvrir. Aussi, est-ce en quelque sorte malgré moi que j'ai été conduit, depuis, à l'adoption de la doctrine opposée et de principes repoussés par tous ou presque tous les auteurs contemporains.

Au reste, les raisons qui servent de fondement à ma conviction actuelle me paraissent porter avec elles un tel caractère d'évidence, qu'il suffira, si je ne me trompe, de leur exposition pure et simple, pour amener au même avis que moi les esprits non prévenus.

I.er *fait* — Dans l'un des cas que mentionne J. L. Petit, la désarticulation de la jambe ne paraît avoir été préférée que parce qu'on manquait des instrumens pour amputer dans la continuité. La nécessité n'a pas de loi, remarque judicieusement l'auteur.

II.eme *fait.* — L'autre concerne un jeune homme qui avait les deux os de la jambe *exostosiés* et cariés dans toute leur étendue. Le malade, qui n'avait pas dormi depuis plus de

deux mois, eut une très-bonne nuit, immédiatement après l'opération, et continua d'être tranquille jusqu'à la fin de sa guérison qui aurait été bien plus prompte, selon Petit, si on avait emporté la rotule.

Tout porte donc à croire que ces deux amputations, dont J. L. Petit n'a d'ailleurs été que le témoin, ont eu un plein succès.

III.ᵉᵐᵉ *fait.* — Un couvreur, tombé 19 jours auparavant de cent trente-deux pieds de hauteur, fut conduit à l'hôpital de Dijon le 26 juillet 1764. Sa jambe était gangrenée jusqu'au genou. Hoin en pratiqua la désarticulation, et, quoiqu'il n'y eût pas assez de parties molles pour permettre la réunion immédiate, cet homme a cependant fini par guérir. Au mois de juillet 1771, il existait encore, usait d'une jambe de bois avec liberté, et montait aux échafauds ou sur les toits comme avant son accident.

IVᵉᵐᵉ *fait.* — Gignoux (1), de Valence, parle d'une jeune fille qui avait eu la jambe séparée de la cuisse par la gangrène et dont la santé était complètement rétablie depuis quatre ans, au moment où il en informa Brasdor.

V.ᵉᵐᵉ *fait.* — Sabatier (2) dit avoir vu un garçon auquel un boulet avait enlevé la jambe sans toucher à la rotule, et qui n'en était aucunement incommodé.

VIᵉᵐᵉ *fait.* — En 1824, le docteur Smith, professeur à Yale, en Amérique, eut recours à la désarticulation de la jambe, chez M.ˡˡᵉ de Brunswick, qui depuis n'a pas cessé de pouvoir marcher avec une jambe de bois (3).

VII.ᵉᵐᵉ *fait.* — Un scrofuleux, âgé de 18 ans, fut amputé de la même manière à l'hôpital Saint-Louis en 1824, par M. Richerand. Divers accidens, des abcès, des fu-

---

(1) *Mém. de l'Acad.*, t. V, p. 512.

(2) *Loco citato.*

(3) *The Amer. Med. rev.*, et *Journal des Progrès*, tome I.ᵉʳ

sées purulentes à la cuisse ont d'abord effrayé le chirurgien, il est vrai, mais la plaie n'en a pas moins fini par se cicatriser.

VIIIeme *fait.* — Un homme adulte, amputé dans le genou, a été rencontré dans les rues de Paris, par M. Dézeimeris, il y a quelques semaines. Cet individu marche librement, mais avec un cuissart et sans user de son moignon comme point d'appui sur le membre artificiel.

Richter, Flajani, Volpi, Michaëlis, etc. relatent de leur côté quelques autres cas d'amputation du genou, mais avec trop peu de détails pour que je m'en serve ici. Celui que le docteur Kneppelhout attribue au professeur Mulder, et dont on trouve, suivant lui, la relation circonstanciée dans la dissertation de M. Wachter, est relatif à la résection et non à l'amputation du genou.

IXeme *fait.* — Enfin un neuvième exemple de désarticulation de la jambe a été consigné dans le premier volume du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. Le malade, opéré par M. Blandin à l'hôpital Beaujon, est mort le 6e jour après l'opération, des suites d'une phlébite.

Voilà donc neuf cas, bien authentiques, d'amputation de la jambe dans l'article, et sur ce nombre, huit exemples incontestables de guérison. On ne peut nier que ce premier résultat ne soit fort encourageant. L'amputation dans la continuité n'a certainement jamais donné de proportions plus satisfaisantes.

A ceux qui objecteraient que, chez les malades de Gignoux et de Sabatier, l'opération ayant été faite par la nature autant que par le chirurgien, on ne peut rien en conclure en faveur des cas ordinaires; que la gangrène avait aussi fait une partie de l'amputation chez les sujets dont parle Hoin; que celui de M. Richerand a fini par succomber; que tous étaient de jeunes sujets, et qu'ils ont tous été long-temps avant de pouvoir se servir de leur moignon,

on peut répondre, il me semble, 1.° que si la plaie s'est bien fermée après la chute spontanée du membre, ou lorsque la gangrène avait déja commencé la division des tissus, il n'y a pas de raison pour qu'il en soit autrement à la suite de l'opération artistement pratiquée. 2.° Que les accidens dont l'un des malades a manqué d'être victime, n'appartiennent pas plus à la désorticulation qu'à l'amputation pure et simple de la jambe, et que sa mort, arrivée huit mois après, a été le résultat de son affection primitive. 3.° Qu'on ne voit pas en quoi les adultes auraient moins à espérer de cette amputation, que les adolescens. 4.° Que la longueur de la cure doit être attribuée à des circonstances spéciales, et non à la nature de l'opération. 5.° Enfin, que M. Smith ne se plaint d'aucun de ces inconvéniens. Mais continuons l'exposition des faits.

X.e *fait.* — I.re *Obs.* — Au mois de janvier 1830, je reçus à l'hôpital Saint-Antoine, un garçon orphelin, âgé de 19 ans, qui m'était adressé par M. Kapeler, médecin en chef de la maison. Ce jeune homme, assez chétif, épuisé par les souffrances et la diarrhée, était affecté d'une nécrose très-étendue du tibia droit, et demandait avec instance qu'on voulût bien l'en débarrasser. L'opération fut arrêtée pour le 14 du même mois. Espérant tomber sur une portion saine des os, je divisai la peau, circulairement, un peu au-dessous de la tuberosité du tibia et fis la section des chairs immédiatement au-dessous des condyles; je vis alors que je m'étais mépris sur les limites du mal. Le périoste lardacé, comme fibro-cartilagineux, formant une couche épaisse de deux lignes, n'adhérait nullement à l'os dont l'altération remontait évidemment jusqu'aux masses articulaires. Que faire dans de telles conjonctures? amputer de suite au-dessus du genou? Mais, comment annoncer une pareille résolution au mal-

heureux malade? D'ailleurs l'article était entièrement libre, j'en avais la conviction; en le traversant, ce n'était en quelque sorte que poursuivre la première opération. Je me résignai donc à ce dernier parti, et de telle sorte que le jeune homme ignore encore avoir subi deux amputations pour une.

Comme il ne restait pas assez de parties molles en arrière, je pensai devoir conserver, en avant, un lambeau d'une certaine étendue. La plaie ne fut réunie qu'incomplètement. Aucun accident n'est survenu, et quoiqu'il soit resté une surface transversale large d'un pouce d'avant en arrière que les lambeaux n'ont pas pu recouvrir, la cicatrice n'en a pas moins été terminée au bout de deux mois.

Maintenant cet amputé jouit d'une santé florissante; le moignon porte et transmet le poids du corps sur sa jambe de bois, avec la même facilité que s'il n'avait été soumis qu'à une amputation dans la continuité du membre; ainsi que pourront le constater d'ailleurs tous ceux qui voudraient se donner la peine d'aller à l'hôpital des Orphelins, où il continue de rester.

XI.me *fait.*—II.e *Obs.* — Un homme âgé de 29 ans, bien constitué, né aux colonies, fut envoyé à l'hôpital S.t-Antoine le 24 mai dernier, par M. le D.r Thierry, qui venait d'être appelé près de lui pour le traiter d'une fracture comminutive de la jambe gauche. Il s'était écoulé beaucoup de sang; de larges ecchymoses se remarquaient çà et là sur tout le membre. Le gonflement était cependant encore peu considérable, et il n'existait qu'une petite plaie au-dessus de la malléole interne. Tout semblait devoir se passer heureusement. L'appareil ordinaire, mis en usage la veille, fut renouvellé et convenablement réappliqué; mais un délire furieux, accompagné de mouvemens les plus étranges, délire dont le malade avait déjà été atteint

pendant six mois, deux ans auparavant, à la suite d'une lésion cérébrale, se manifesta dans la nuit du lendemain, et se maintint au même degré durant cinq jours. On reconnut alors que la gangrène s'était emparée du tiers inférieur de la jambe. Trois incisions profondes mirent le siége de la fracture à découvert; tous les fragmens du tibia étaient dénudés et baignaient au milieu d'une bouillie noirâtre, infecte; l'un d'eux s'étendait par en haut jusqu'au cinquième supérieur de l'os. Sans se limiter d'une manière bien évidente, la mortification ne fit cependant pas de progrès sensibles. Le reste du membre, toujours ecchymosé, loin de se gonfler davantage, se dégorgea manifestement au contraire, du côté du genou, au bout de quelques jours. Une suppuration ichoreuse, de plus en plus abondante, des douleurs excessivement vives lors des pansemens et même dans leur intervalle, un mouvement fébrile presque continuel, la diarrhée, etc., vinrent bientôt, d'un autre côté, m'enlever tout espoir de conserver les parties malades, et me portèrent à en proposer le sacrifice au blessé.

L'état de la peau, qui ne pouvait être conservée que jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la rotule, du tissu cellulaire et des muscles qui étaient farcis de plaques ou de noyaux sanguins, du tibia et du péroné lui-même, dont la fracture remontait jusqu'auprès de l'article, ne permit pas un instant de songer à l'amputation dans la continuité; ne voulant pas non plus aller jusqu'à la cuisse sans nécessité, je me décidai pour l'amputation dans le genou, et la pratiquai le 4 juin.

Contraint, par la disposition morbide des tissus, de négliger les préceptes du procédé ordinaire, je me trouvai, en quelque sorte, dans l'obligation d'en imaginer un nouveau, et voici la manière dont je crus devoir agir.

Point de lambeaux ni en arrière ni en avant; la peau,

divisée circulairement au niveau de la tubérosité tibiale, fut disséquée, puis renversée d'après la méthode ordinaire, dans l'étendue de plus de deux pouces. J'ouvris ensuite l'articulation par sa région antérieure, et la traversai sans peine d'avant en arrière pour terminer par la section des gros vaisseaux et la racine des muscles. J'obtins ainsi une *manchette* de tégumens, longue de trois pouces, et qui eût rendu très-facile la réunion immédiate, si des traces de contusion, encore visibles à sa face interne, n'avaient pas dû me faire adopter le mode de pansement contraire.

La fièvre de réaction, qui ne laissa pas d'être forte, nécessita une saignée le premier et le second jours. Du reste, point d'accidens jusqu'au 5.e Le 6.e et le 7.e, un érysipèle superficiel s'empare du moignon et ramène la fièvre; mais de larges cataplasmes en arrêtent promptement les progrès au pourtour de la plaie; ce qui ne l'empêche pas néanmoins de gagner insensiblement toute la surface externe de la cuisse, et de faire craindre un moment que du pus ne se soit accumulé entre le tendon du triceps et le corps du fémur. Malgré cette phlegmasie intercurrente, malgré deux petites plaques purulentes qui se sont formées plus tard aux angles des condyles, et les accidens produits en dernier lieu par des écarts de régime, une véritable indigestion même, la guérison a été complète vers le 60.e jour. Aujourd'hui rien ne s'oppose à ce que ce malade use d'une jambe de bois, avec la même liberté que le précédent.

A ces deux observations, je puis en ajouter une troisième, non moins concluante, quoique l'individu qui en fait l'objet n'ait pas été opéré par moi.

XII.e *Fait.* — *Obs.* III.e — Au mois de juillet 1830, j'eus à examiner au Bureau central des hôpitaux, un jeune homme âgé de 19 ans, qui avait été amputé sept ans

auparavant, et qui venait demander qu'on voulût bien renouveler sa jambe de bois. C'est à l'hôpital des Enfans, m'a-t-il dit, pour cause de gangrène et dans le genou, qu'il a subi l'opération. La cicatrice est en arrière, et quoique le condyle interne, un pouce plus long que l'autre, puisse seul appuyer sur le membre artificiel, cet individu n'en a pas moins toujours marché comme s'il avait été soumis à l'amputation au-dessous de l'article.

Au lieu de la repousser, l'expérience témoigne donc hautement en faveur de cette opération. En quoi le raisonnement pourrait-il lui être contraire?

On lui reproche :

1.° En mettant de larges surfaces osseuses ou cartilagineuses à découvert, d'exposer à des accidens formidables? Mais ne seraient-ce pas là des craintes chimériques, fondées sur de fausses analogies?

Tant que la continuité des os n'est point altérée, que leur périoste n'est pas détruit, ils n'ont rien à redouter du contact de l'air. Cette plaque cartilagineuse qui coiffe les condyles est une lame protectrice tout-à-fait insensible, qui resterait des semaines entières à nu sans qu'il en résultât le moindre inconvénient. La prétendue toile synoviale dont Bichat l'a gratifiée n'existant pas, elle est dans l'impossibilité absolue de s'enflammer (1).

2.° De produire une énorme plaie, presqu'impossible à recouvrir au moyen des parties molles circonvoisines? C'est une erreur. Cette plaie, si vaste en apparence, se réduit, en dernière analyse, à la division des tégumens,

---

(1) Ce que je dis ici des cartilages et de leur membrane synoviale, est fondé sur des observations particulières qui feront le sujet d'un autre travail. Les détails dans lesquels je serais obligé d'entrer eussent été déplacés dans ce Mémoire, et le lecteur me pardonnera, j'espère, de m'en être tenu pour aujourd'hui à de simples assertions.

de diverses lames fibreuses et de quelques muscles. Pourvu que la peau puisse être conservée dans l'étendue de deux ou trois pouces, elle suffira toujours à la réunion immédiate.

3.° De porter sur des tissus qui ne sont pas capables de s'enflammer convenablement, ou de permettre une cicatrisation prompte et solide comme dans la partie charnue des membres? On s'est abusé sur ce point comme sur l'autre; rien ne convient mieux que la couche tégumentaire, elle seule même est parfaitement propre à la formation d'une bonne cicatrice. Qu'on en recouvre toute la surface synoviale des condyles fémoraux, et elle s'y collera tout aussi bien, plus exactement, on peut le dire, que sur la section d'un os ou la coupe de muscles volumineux.

5.° D'être plus douloureuse et plus difficile, de ne pas être suivie d'une guérison aussi rapide que l'amputation ordinaire? Cette objection n'est pas plus solide que les précédentes; la plus simple réflexion et les faits indiqués plus haut en donnent suffisamment la preuve, d'autant mieux que les malades dont il a été question jusqu'ici ne se trouvaient certainement pas dans les meilleures conditions possibles pour arriver promptement à la cicatrisation de leur plaie.

5.° On l'accuse, et ce reproche est celui sur lequel on a le plus insisté, de laisser les malades, après la guérison, dans le même état que ceux qui ont été amputés de la cuisse, c'est-à-dire, de les mettre dans l'obligation de marcher avec un cuissart au lieu d'une jambe de bois.

J'avoue que cette idée m'a long-temps arrêté, et que j'avais besoin de voir le contraire pour être convaincu de sa fausseté. Mais enfin il est inutile de la combattre maintenant; les trois malades dont j'ai relaté l'observation sont là pour la réfuter et pour empêcher qu'on ne la reproduise jamais.

Quels seraient donc alors les motifs qui porteraient à la proscrire ? Après l'amputation de la cuisse, quelque bas qu'on l'ait pratiquée, le point d'appui du moyen prothétique ne peut être pris que sur l'ischion. Les mouvemens de la hanche sont presque complètement anéantis; la progression se fait comme si l'articulation coxo-fémorale était ankylosée. Après la désarticulation de la jambe, au contraire, le point d'appui se trouve à l'extrémité du fémur, la cuisse conserve tous ses mouvemens, et le malade est dans le même état que s'il avait une simple soudure du genou. S'il est vrai qu'eu égard aux fonctions du membre, il soit infiniment mieux de s'en tenir à l'amputation de la jambe dans la continuité, que de pratiquer celle de la cuisse, les avantages de la désarticulation du genou doivent être également hors de toute contestation, car le poids du corps est transmis au membre artificiel après cette dernière comme à la suite de la première. La plaie de l'une appartient presqu'en entier à la peau, ne comprend aucun os, aucune aponévrose; la surface à recouvrir est convexe, régulière, dépourvue de toute espèce d'aspérités, ne craint nullement la rétraction musculaire; avec celle-là, au contraire, la solution de continuité comprend une vaste aponévrose d'enveloppe et toutes ses lames concentriques, des muscles sans nombre et d'une épaisseur considérable, un os qui se dénude avec la plus grande facilité et dont la section produit un ébranlement qui est loin d'être toujours sans danger, enfin, tout le tissu cellulaire qui unit ces diverses parties. Au genou, une seule artère un peu volumineuse est divisée; la torsion, la compression en sont presqu'aussi sûres, aussi faciles que la ligature. A la cuisse, outre l'artère principale, on a encore une foule de branches secondaires qui, toutes, méritent d'être liées avec soin.

D'un autre côté il n'y a point au genou de ces paquets

de tendons, de ces toiles synoviales compliquées qu'on voit au poignet et ailleurs, point d'excavations anfractueuses comme au pied, ni de ces couches épaisses de muscles comme à la hanche et à l'épaule. Au lieu de cavités profondes ou de saillies inégales, toujours plus ou moins difficiles à remplir, ou a recouvrir, comme aux autres articulations des membres, on met à nu une surface large, arrondie, des plus propres à transmettre le poids du corps sur un point d'appui quelconque, et sur laquelle les tégumens peuvent être ramenés sans le moindre effort, le moindre tiraillement.

Ainsi, en théorie comme en pratique, l'amputation du genou offre évidemment moins de danger que l'amputation de la cuisse, peut être même que l'amputation de la jambe, dans la continuité; je dirai plus, c'est que tout prouve qu'elle doit être moins redoutable que la plupart des autres désarticulations, quoique jusqu'à présent elle n'ait guère été pratiquée qu'à l'aide de procédés fort vicieux, ou dans des conditions peu avantageuses.

Choix de la méthode opératoire.—La rotule, que J. L. Petit conseille d'enlever, doit toujours être conservée; les muscles la relevent et la fixent bientôt au-dessus des condyles, où elle ne peut troubler ni la cicatrisation, ni les usages du moignon après la guérison parfaite.

Le procédé de Hoin, décrit avec soin par Brasdor, le seul qui soit indiqué par les auteurs français, et qui consiste à traverser l'article d'avant en arrière au-dessous de la rotule pour finir en taillant un large lambeau aux dépens du mollet, offre plus d'un inconvénient. La lèvre antérieure de la plaie, entraînée par l'action des muscles et la retractilité naturelle des tissus, remonte souvent après coup jusqu'au dessus des surfaces cartilagineuses; ses angles, écartés, repoussés par la saillie latérale des condyles, ne tardent pas, quoi qu'on fasse, à laisser une partie de l'os a

découvert. Le lambeau, toujours plus mince à sa racine que vers sa pointe, s'adapte mal aux parties qu'il doit envelopper. L'état des tissus s'oppose d'ailleurs quelquefois à ce qu'on lui donne assez de longueur pour qu'il puisse être facilement reporté jusqu'au bord de la rotule rétractée. Enfin il est rare qu'en définitive la cicatrice soit assez relevée pour que, pendant la marche ou la station, elle n'ait à redouter aucune pression.

En se bornant, d'après le conseil de Léveillé, à tailler un lambeau aux dépens des parties molles antérieures, on ne pourrait que rarement lui donner assez d'étendue pour que la cicatrice fût, à la fin, suffisamment éloignée du point d'appui des condyles. Aussi cette manière de faire n'a-t-elle été reproduite dans aucun ouvrage, à l'exception peut-être de celui de Monteggia, qui en dit deux mots.

Je ne vois pas non plus ce qu'on gagnerait à commencer, au lieu de finir, par la formation du lambeau postérieur, ni le bien que pourrait faire une contre-ouverture d'attente pratiquée dans le creux du jarret, pour le passage des ligatures et du pus, comme le propose M. Blandin.

Avec les deux lambeaux imaginés par M. Smith, il n'est pas nécessaire d'emprunter autant aux chairs du mollet. Forcé de me conduire, d'après ces principes, chez mon premier malade, j'ai acquis la conviction qu'ils offrent pour le moins autant d'avantages que ceux de Petit, Hoin et Brasdor. Cependant, qu'il n'y ait qu'un seul lambeau ou qu'il y en ait deux, rien ne peut les empêcher de se resserrer, de se rétrécir en s'épaississant, de laisser, par conséquent, une portion plus ou moins considérable des condyles entièrement dégarnie; ce qui fait que, dans ce sens, la cicatrice ne peut jamais se compléter que par un tissu de nouvelle formation.

Le procédé que j'ai mis en usage chez le sujet de ma

seconde observation, me semble remédier à toutes ces difficultés.

Nouveau procédé. — On incise la peau circulairement, comme on l'a vu, à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de la rotule, sans intéresser les muscles. En la disséquant pour la relever et la renverser en dehors, il faut avoir soin de conserver à la face interne de cette membrane toute la couche cellulo-graisseuse qui la double naturellement, et de ne pas la dégarnir de ses capillaires sanguins. Un aide s'en empare aussitôt et la retire vers le genou, jusqu'à ce que, le ligament rotulien étant coupé, l'instrument puisse tomber sur la ligne inter-articulaire; le chirurgien divise alors les ligamens latéraux, écarte les surfaces osseuses en fléchissant un peu la jambe, détache les cartilages semi-lunaires, opère la section des ligamens croisés, traverse l'article, et termine en coupant d'un seul trait les vaisseaux, les nerfs et les muscles du jarret, perpendiculairement à leur longueur, au niveau des tégumens relevés.

Après avoir lié ou tordu l'artère poplitée et les branches moins importantes qui peuvent le reclamer, l'opérateur ramène vers lui toute la peau disséquée, la nettoie, et, s'il veut réunir immédiatement, en rapproche les deux côtés pour que l'un des angles de la division soit en haut, tandis que l'autre, qui reçoit la principale ligature et qui, en cas de besoin, pourrait servir d'issue à la matière purulente, regarde en bas. La coaptation serait encore plus facile d'avant en arrière, il est vrai, si on voulait la tenter; c'est même ainsi que je me suis conduit sur l'homme vivant; mais dans le premier sens, la cicatrice correspondant à la rainure intercondylienne, se trouve véritablement placée le plus avantageusement possible.

En supposant que la réunion primitive ne dût pas être

tentée, un linge fin, enduit de cérat et criblé de trous, serait appliqué sur toute la solution de continuité, qu'on remplirait ensuite de charpie en boulettes pour recouvrir le tout de plumasseaux souples, et terminer par le bandage contensif ordinaire.

Par cette méthode, les tégumens représentent une espèce de *bourse* ou de *manchette* qui enveloppe et recouvre les condyles, aussi bien sur les côtés qu'en avant et en arrière. Comme son ouverture est un peu moins large que son fond, elle se trouve dans les conditions d'une manche d'habit un peu étroite qu'on voudrait faire glisser du poignet vers le coude, c'est-à-dire qu'elle n'a que très-peu de propension à remonter du côté de la cuisse. Les muscles, divisés carrément à leur racine, où ils sont fort minces, ne donnent lieu qu'à une très-petite surface saignante, laissent la peau libre, et ne peuvent plus aggraver l'inflammation traumatique, ni faire craindre une suppuration trop abondante, comme dans les autres procédés. Enfin, les ligatures, si on en fait usage, sont faciles à placer, à rassembler sur un point très-rapproché du vaisseau qu'elles embrassent, et de manière à n'irriter que très-peu l'intérieur de la plaie.

Je ne veux pas conclure de ces données cependant que tous les autres procédés doivent être dorénavant sans utilité. Si la peau était trop altérée en avant, sans l'être autant en arrière, il faudrait bien s'en tenir à la méthode de Petit. Le procédé de M. Smith serait en quelque sorte de rigueur, si la désorganisation, plus élevée de chaque côté, vers les condyles, que sur les faces antérieure et postérieure, avait déjà tracé les limites des lambeaux à former. Mais dans les autres cas, toutes les fois que les circonstances permettent de choisir, j'ose dire que la méthode circulaire offre des avantages incontestables, et qu'elle mérite d'être généralement préférée.

Conclusions. Des faits et des détails contenus dans ce mémoires, je crois pouvoir conclure :

1.° Que les reproches adressés à l'amputation du genou ne sont nullement fondés, et qu'elle est préférable à l'amputation de la cuisse sous tous les rapports.

2.° Qu'elle est moins dangereuse et plus facile que l'amputation dans l'épaisseur des condyles, telle que l'ont proposée et mise en pratique MM. le baron Larrey et Garigue, et qu'elle procure tous les avantages de l'amputation de la jambe dans la continuité.

3.° Que la méthode circulaire lui est applicable en tous points, est même la seule qui lui convienne, à moins que la méthode à lambeaux ne soit impérieusement réclamée par quelque disposition spéciale.

4.° Qu'elle permet aux malades de marcher avec une jambe de bois, et ne les oblige aucunement à porter un cuissart.

5.° Qu'on doit y avoir recours dans tous les cas qui, autrement, forceraient d'amputer la cuisse; c'est-à-dire, toutes les fois qu'une fracture, une carie, une nécrose, une lésion organique quelconque, assez grave pour exiger l'ablation du membre, s'élève jusqu'auprès de l'articulation; que la gangrène ou toute autre désorganisation s'est trop rapprochée du genou pour que, après la section des os, il soit possible de fermer complètement la plaie au moyen des parties molles environnantes.

6.° Enfin, pour terminer par une règle plus générale et plus facile à saisir, qu'elle mérite la préférence dans toutes les circonstances où, pour emporter la totalité du mal, il faudrait faire tomber la scie au dessus de la tubérosité tibiale, et qu'elle mérite d'occuper une place distinguée dans nos Traités de médecine opératoire.

Relation d'un cas de pneumonie gangréneuse circonscrite terminée par la guérison; observation communiquée par M. le docteur MARTIN SOLON, *agrégé à la Faculté* (1).

Pleurésie disparaissant promptement; bronchite et pneumonie persistantes. Vers le 3.e septénaire, l'haleine et l'expectoration répandent une odeur de macération anatomique : toux opiniâtre et oppression continuelle, quoique par l'auscultation et la percussion on ne reconnaisse pas de désordre très-étendu dans le parenchyme pulmonaire. Vers les 5.e, 6.e et 8.e septénaires, expectoration successive de trois escarrhes gangréneuses ; diminution graduée de tous les symptômes qui avaient fait craindre l'existence d'une phthisie pulmonaire arrivant à son dernier degré.

M. B.*** âgé de 44 ans, d'une constitution sanguine, agent de surveillance de l'hospice La Rochefoucault, avait pendant plusieurs années été incommodé d'une sorte de couperose qui avait disparu à la suite d'un traitement approprié et avait été remplacée par un vésicatoire à la nuque. Depuis, M. B.*** jouissait d'une très-bonne santé, lorsque le 15 décembre 1829 il fut pris d'un rhume qui lui occasionna beaucoup de malaise et une fièvre très-forte. Le matin, j'engageai le malade à mettre quinze sangsues à l'anus, à prendre une infusion pectorale et à garder le repos. Le temps était humide et froid; il tombait de la neige fondue, malgré cela le malade sortit, rentra chez

(1) Je n'ai pas cru devoir resserrer davantage cette observation, qui d'ailleurs contient l'histoire d'une maladie qui a duré sept mois, parce que j'aurais substitué mon jugement à la relation des faits, et qu'il m'a semblé plus convenable de faire, pour ainsi dire, assister le lecteur à l'examen de ces faits, en lui en présentant la description. Il pourra de cette manière établir lui-même le diagnostic de la maladie, et reconnaître que, sans autopsie cadavérique, nous avons été assez heureux pour suivre les phases et les progrès d'une maladie fort rare, sur la nature de laquelle on pourrait élever des doutes, si l'expectoration des escarrhes ne les dissipait, selon nous, complètement.

lui souffrant davantage, et se fit alors appliquer les sangsucs.

La respiration était moins gênée le lendemain; le malade sortit de nouveau, malgré le mauvais temps, mais la fièvre ne tarda pas à se faire sentir; une douleur se développa à la poitrine, au-dessous de l'aisselle droite; le malade rentra chez lui avec peine; des serviettes chaudes furent appliquées inutilement sur le point douloureux.

17. Toux sèche et fatigante, difficile à cause de la douleur de côté qu'elle exaspère, respiration courte et gênée, expectoration muqueuse presque nulle. L'air pénètre dans le parenchyme pulmonaire, le thorax est sonore dans toute son étendue; le pouls est fort et fréquent, la langue est saburrale au centre, un peu rouge mais humide à la pointe, la soif est assez vive, l'appétit nul et l'épigastre indolent; quinze sangsues sont appliquées sur le côté douloureux, et les boissons pectorales continuées. Le soir, on pratique une saignée de trois palettes (sang très-couenneux).

18. Persistance des symptômes; légère matité dans la région des divisions bronchiques plus étendue et plus marquée à droite qu'à gauche et accompagnée d'un râle crépitant peu marqué; résonnance de la voix dans la fosse sous-épineuse droite; respiration vésiculaire avec râle muqueux dans tout le reste du thorax. Point d'œgophomie vers le point plcurétique, ni de matité; saignée de quatre palettes (sang couenneux), suivie d'unc syncope prolongée, accompagnée de mouvemens convulsifs violens et à laquelle succède pendant plusieurs jours un sentiment de faiblesse très-pénible.

19 et 20, légère diminution dans le malaise, expectoration muqueuse et quelquefois légèrement rouillée; le pouls conscrve de la fréquence mais moins de dureté.

21. Le malade se plaint d'aigreurs insupportables que

des éructations ramènent dans la bouche; deux cuillerées de magnésie calcinée prescrites pour les détruire, occasionnent un vomissement abondant et fétide.

23. Sentiment de chaleur incommode le long de la trachée et des bronches, toux très-opiniâtre accompagnée d'une petite quantité d'expectoration, tantôt seulement muqueuse, tantôt un peu rouillée; douleur de côté peu sensible : résultats de la percussion et de l'auscultation, semblables à ceux du 18. La bronchophonie est seulement plus étendue. Je pense que les lobules voisins des divisions bronchiques doivent être le siége de pneumonie avec hépatisation surtout à droite. L'introduction très-facile de l'air dans le reste du poumon démontre suffisamment l'état sain de la plus grande partie du parenchyme de cet organe. La chaleur vive et la toux opiniâtre indiquées plus haut me portent à croire que les bronches et la trachée-artère sont les parties principalement affectées. L'état fébrile, qui est très-marqué, m'empêche de faire appliquer un vésicatoire entre les épaules; les antiphlogistiques me paraissent encore seuls indiqués. Vingt sangsues et des cataplasmes émolliens sont appliqués sur les régions de la trachée et des bronches; boissons adoucissantes, looch, lavement avec miel commun.

24, le malade a éprouvé la veille du refroidissement, pendant l'application des sangsues; la toux est augmentée, plus sèche, plus fatigante, la gorge douloureuse et la voix rauque. M. B.*** peut à peine se faire entendre; bains de pieds, lavement purgatif, cataplasme émollient au-devant du col et de la poitrine, etc.

Ces symptômes continuent les jours suivans; le malade se plaint toujours d'un sentiment d'oppression incommode; la fièvre persiste : cependant le pouls a perdu sa dureté, des syncopes assez fréquentes empêchent d'avoir recours à de nouvelles évacuations sanguines que la per-

sistance des symptômes inflammatoires semblerait réclamer.

Le 29 décembre, expectorations muqueuses plus abondantes et sans stries sanguinolentes.

Pendant les premiers jours de janvier, la toux augmente encore, elle revient par quintes fatigantes; l'expectoration est muqueuse et abondante; j'essaye inutilement de calmer la toux avec l'extrait de belladone employé en frictions sur le col, et donné à l'intérieur dans un looch.

Le 5, une application de sangsues vers le larynx ne diminue pas l'irritation laryngo-trachéale; la toux continue à être opiniâtre, et quelques stries de sang se mêlent à l'expectoration pendant son passage à travers le larynx; l'haleine du malade répand une odeur de macération anatomique insupportable.

L'oppression et les syncopes subsistent, elles déterminent un état d'angoisse insupportable au malade; de nouvelles sangsues à la région laryngée, l'application d'un vésicatoire volant sur les épaules, et quelques jours après l'application d'un autre vésicatoire sur la poitrine, ne changent rien dans l'état du malade, dont l'émaciation augmente chaque jour.

Le 12 janvier, l'oppression persiste; les voies aériennes sont toujours le siége d'un sentiment de chaleur très-vive, et la voix continue à être rauque; sangsues suivies de l'application de ventouses sur les régions bronchiques; cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs; boissons pectorales et adoucissantes, variées presque chaque jour.

Le 15, application d'un large vésicatoire au dos; on excite en même temps celui qui avait été placé à la nuque lors de la guérison de la couperose. Quelques cuillerées de lait coupé, sont ajoutées aux boissons béchiques et adoucissantes.

Les jours suivans, l'état du malade continue à devenir plus fâcheux, l'émaciation augmente, la fièvre est continue, les nuits sont rendues fatigantes par des rêves pénibles et du délire; l'oppression est habituelle, la toux fréquente et très-opiniâtre, l'expectoration très-abondante, muqueuse, filante, claire, fétide, quelques crachats sont puriformes; l'anxiété du malade est augmentée par l'action que les cantharides des vésicatoires exercent sur le col de la vessie. On dissipe ce dernier accident, à l'aide des frictions et de lavemens camphrés; les vésicatoires sont ensuite pansés avec la pommade de Garou.

MM. Chomel et Chardel voyent le malade. L'obscurité du son vers les régions sus et sous-épineuses de l'omoplate fait craindre l'existence de quelques tubercules; la bronchophonie, assez évidente dans quelques points, prouve suffisamment l'existence d'une bronchite intense, probablement avec dilatation des bronches, ce qui expliquerait l'abondance de l'expectoration et sa sortie comme d'une vomique. Quant à l'odeur cadavéreuse de l'haleine et de l'expectoration, le séjour du mucus dans les bronches dilatées et son contact avec l'air pourraient en rendre raison; ou bien encore on pourrait l'attribuer à quelque pleurésie partielle inter-lobaire et avec épanchement, qui aurait échappé aux recherches de l'auscultation, et qui communiquerait avec les bronches. La première opinion paraît la plus probable. Quant au pronostic, il nous semble fâcheux; l'état général du malade, la gravité des symptômes locaux nous font craindre une terminaison funeste. Nous convenons de revenir à l'emploi de quelques sangsues, à l'application d'un large vésicatoire sur la poitrine, l'ancien étant sec, de continuer les boissons adoucissantes sous toutes les formes, le lait pour aliment, et quand le moment sera jugé opportun, d'employer quelques fumigations balsamiques.

Le 18, quinze sangsues sont appliquées au col; le 20, on place sur la poitrine un large vésicatoire.

Les symptômes n'éprouvent aucune diminution; les jours suivans la toux revient par quintes qui durent six et quelquefois douze heures, fatiguent horriblement le malade et résistent à toutes les potions pectorales huileuses, gommeuses, opiacées ou additionnées d'eau de laurier cérise; des bains de pieds rendus plus énergiques par l'acide hydrochlorique, des emplâtres stibiés placés au dessous des clavicules ne diminuent point non plus l'oppression.

Le 25 janvier, à la suite de violens efforts de toux, le malade expectore tout-à-coup un corps mou, spongieux, d'une couleur rouge noirâtre et d'une odeur fétide, qui en se déplissant présente une surface d'un pouce carré à peu-près et cinq à six lignes d'épaisseur. En examinant ce corps le lendemain, je le trouve aminci par la dessiccation; sa texture me semble analogue à celle du tissu pulmonaire comprimé pendant long-temps par un énorme épanchement pleurétique; sa consistance et ses bords frangés lui donnent de la ressemblance avec les escarrhes de tissu cellulaire serré et comme aponévrotique, qui se détachent de certains phlegmons. Après cette expectoration le malade se plaint de sentir un goût salé dans la bouche; bientôt il expectore un peu de sang pur, qui se coagule; de même qu'après l'élimination d'escarrhes du tissu cellulaire, on voit du sang s'échapper des parties précédemment contigües à ces escarrhes. Plusieurs de ces crachats muqueux se teignent de sang, d'autres sont sanieux. La respiration devient plus libre momentanément, mais le malade ne tarde pas à être de nouveau tourmenté par sa toux et son oppression ordinaires. L'auscultation et la percussion ne donnent point de nouveaux résultats, sans doute l'escarrhe a laissé une trop petite cavité pour qu'elle pût être reconnue à l'aide du stéthoscope. On

excite les plaies faites par les emplâtres et les vésicatoires dont la poitrine a été couverte ; le lait, les adoucissans et les pédiluves sont continués.

Le 1.er février, l'expectoration d'une nouvelle escarrhe également suivie pendant un ou deux jours de l'expulsion de quelques petits caillots de sang et de quelques crachats sanguinolens. On essaye de mêler partie égale de seconde décoction de lichen avec le lait, mais cette boisson augmente la chaleur de la gorge. On revient bientôt aux adoucissans.

Le 13 février. L'état fébrile est un peu diminué, mais l'odeur fétide et cadavéreuse de l'haleine et d'une partie de l'expectoration persistant, je fais essayer l'inspiration du chlore en me servant de l'appareil de M. Richard. J'assiste à la première épreuve, elle accélère le pouls, le malade croit cependant respirer plus aisement,

Le 15. Douleurs et chaleur plus fortes dans la gorge et la poitrine, toux très-fatigante, expectoration très-abondante mais plus difficile, et souvent sanguinolente; augmentation de la fièvre et du malaise, sueurs continuelles. Cessation des fumigations de chlore.

Le 21. Troisième expectoration d'un lambeau d'escarrhe gangreneuse semblable à celui du 25 janvier. Bouillon de mou de veau, d'oignons et de navets; looch, julep, sirop diacode, lait et gruau.

Pendant les premiers jours de mars, la toux diminue de force et de fréquence, l'haleine n'est plus constamment fétide, mais l'expectoration est toujours très-abondante, muqueuse, en partie puriforme, en partie sanguinolente; quand la toux a été long-temps opiniâtre. Au reste le malade se trouve mieux lorsqu'il a expectoré du sang. La fièvre est continue, mais moins intense; les sueurs persistent; les nuits sont moins pénibles. Le bouillon de poulet et plus tard quelques cuillerées de fécule

sont digérés; le malade peut rester assis dans un fauteuil quelques instans dans la journée. Un cautère est placé au bras; bientôt après, deux autres sont mis au-dessous des clavicules; on laisse cicatriser les anciens exutoires.

21 mars, l'expectoration diminue sensiblement; les quatre-cinquièmes sont formés de mucus homogène et légèrement écumeux; le reste est puriforme, sanguinolent, mais rarement fétide; le malade commence à prendre quelques alimens : épinards, œufs frais, quelques cuillerées d'eau teinte avec le vin de Bordeaux; mais on est bientôt obligé de cesser ce régime à cause de l'excitation qu'il détermine. On revient à l'usage du lait et du bouillon léger.

Au commencement d'avril, le pouls, qui était toujours fréquent, devient plus fort, l'oppression plus marquée, l'expectoration plus sanguinolente. Douze sangsues sont appliquées à l'anus et diminuent ces accidens. Le malade tousse moins, sa fièvre est moins forte; il commence à faire usage des eaux sulfureuses de Bonnes, coupées avec lait.

Le 12, nous essayons les fumigations balsamiques, puis les fumigations émollientes : l'oppression qu'elles déterminent nous oblige à les abandonner le deuxième jour de leur emploi. Les eaux sulfureuses sont continuées. Vers le milieu du mois, M. B.*** tousse moins, n'est plus tourmenté par les quintes qu'il éprouvait; il peut descendre quelques instans dans le jardin; mais la fièvre est continue et l'émaciation considérable.

Le 20, il commence l'usage du lait d'ânesse, continue ses boissons adoucissantes variées, le lait, les potages maigres et féculens.

Pendant le commencement de mai, l'amélioration devient plus évidente, quelques boutons couperosés se montrent à la face, semblables à ceux qui avaient existé

pendant les années précédentes. Vingt sangsues sont appliquées à l'anus pour diminuer la dureté du pouls et prévenir l'expectoration sanguine qui s'annonce par la saveur salée que ressent le malade. Après l'emploi de ce moyen, la respiration devient facile, la toux plus rare, l'expectoration diminue de trois-quarts, mais présente encore quelques crachats purulens. Le régime est continué; les cautères du bras et de la poitrine complètement établis.

1.er juin, la toux et l'expectoration ont cessé; le pouls est tantôt presqu'à l'état normal, tantôt fréquent, mais la température de la peau est habituellement bonne. M. B.*** prend chaque jour une pinte de lait et deux ou trois potages féculens.

15. L'émaciation commence à être moins marquée; on accorde un peu de vin de Bordeaux coupé, quelques viandes gélatineuses, pieds de veau ou de mouton; la digestion se fait bien, la convalescence se confirme, et tous les symptômes alarmans qui nous avaient fait craindre une issue funeste pour cette longue et pénible maladie, sont remplacés par le retour gradué à une santé semblable à celle dont M. B.*** jouissait avant le 15 décembre.

Il ne nous paraît pas probable que la maladie thoracique dont on vient de lire la relation, ait eu quelque connexion avec l'espèce d'éruption couperosée dont le malade avait été antérieurement affecté. Cette éruption, remplacée par l'exutoire de la nuque, n'occasionnait aucun accident avant l'invasion de la bronchite; sa réapparition, lorsque la santé de M. B.*** commençait à s'améliorer, n'est sans doute qu'une coïncidence fortuite; elle avait pour cause probable le retour du printemps, époque de l'année à laquelle les éruptions se montrent, augmentent ou reparaissent ordinairement. L'exposition

réitérée et prolongée à une température froide et humide, a sans doute été la cause de la maladie que nous venons de rapporter. L'existence de l'inflammation bronchique s'étendant à la trachée et au larynx n'a pu être méconnue. Le sentiment de chaleur et d'irritation locale, l'expectoration, l'aphonie presque complète, etc., la rendent incontestable. Nous ne nous y arrêterons pas, non plus qu'à la pleurésie très-peu étendue qui, pendant les premiers jours de la maladie, s'est manifestée vers l'aisselle droite. Il n'en sera pas de même de la pneumonie lobulaire.

Cette affection circonscrite, signalée surtout par les travaux des observateurs modernes, nous semble suffisamment démontrée par les symptômes des 18, 19 et 20 décembre, 4.e, 5.e et 6.e jours de la maladie. La matité, quoique légère, et la résonnance de la voix ou bronchophonie, que l'on percevait jusque dans la fosse sous-épineuse droite, prouvent en effet que les lobules correspondans du poumon devaient être hépatisés. La matité était peu marquée, parce que les lobules malades étaient environnés d'une très grande quantité de parties saines; quant à la bronchophonie survenue à cette époque de la maladie, peut-on l'attribuer à une autre circonstance qu'à la densité de la portion du poumon hépatisé environnant les bronches? Non, sans doute, car les lésions chroniques qui peuvent aussi la déterminer, et qui dans le cas dont il s'agit l'ont entretenue plus tard, n'existaient pas encore. Enfin, l'expectoration rouillée qui se manifesta pendant quelques jours, rend incontestable l'existence de la pneumonie. Si cette expectoration a été peu abondante, c'est que peu des lobules pulmonaires étaient affectés.

L'existence d'une pneumonie lobulaire aux environs des bronches étant démontrée, il nous semble que c'est

à sa terminaison par gangrène que nous devons rapporter l'odeur gangréneuse de l'haleine, l'expectoration en partie infectée de la même odeur, et les escarrhes rendues par l'expectoration.

En effet, la fétidité de l'haleine pouvait-elle dépendre du séjour du mucus dans les bronches dilatées? Mais ce n'est guère que dans la bronchite chronique déjà ancienne que ce phénomène s'observe. On en trouve un exemple dans le premier volume de la *Clinique* du professeur Andral. Or, la maladie de M. B.*** n'était arrivée qu'à son troisième septénaire, lorsque l'haleine a présenté l'odeur de macération cadavérique, ainsi la bronchite ne pouvait être la cause de ce symptôme; d'ailleurs on n'observe pas dans le cas de bronchite l'expectoration d'escarrhes gangréneuses semblables à celles dont nous avons parlé. Des pseudo-membranes, des portions de muqueuse laryngée, trachéale ou bronchique, dégénérées en escarrhes, n'auraient pas non plus occasionné les symptômes que nous avons signalés, ni présenté l'aspect que nous avons décrit. Une fistule communiquant avec le foyer d'une pleurésie circonscrite inter-lobaire et avec les bronches, pouvait-elle fournir l'expectoration d'escarrhes gangréneuses? Mais alors il eût fallu que le tissu pulmonaire ait participé lui-même à la désorganisation, et dans ce cas il aurait existé une pleuro-pneumonie gangréneuse, ce qui se rapprocherait du diagnostic que nous avons établi. Nous pensons que les symptômes de pleuro-pneumonie observés du côté droit ont été trop faibles et trop passagers pour que cette affection ait été le foyer des escarrhes gangréneuses. Faudrait-il attribuer leur présence à la fonte de tubercules infiltrés ou enkystés? Nous ne le croyons pas davantage, parce qu'il n'y a point eu de matière tuberculeuse expectorée, et parce que cette affection ne s'accompagne point de phénomènes analogues à ceux que

nous avons observés. Une pneumonie lobulaire gangréneuse peut seule rendre raison des divers symptômes que nous avons rapportés.

Quelques auteurs ont parlé de la pneumonie gangréneuse. La variété de cette affection, que le professeur Laennec décrit dans son *Traité de l'Auscultation*, sous le nom de *gangrène circonscrite*, me semble présenter dans ses symptômes de nombreuses ressemblances avec la maladie que nous avons observée. D'après Laennec, quelques personnes auraient été guéries de cette maladie, mais les faits que cet excellent observateur rapporte, ceux que l'on trouve dans la *Clinique* du professeur Andral, et ceux que d'autres médecins ont décrits, sont tous suivis de la mort du malade. La publication d'une observation terminée d'une manière heureuse n'est donc pas sans intérêt. Au reste, nous attribuons l'issue favorable de la maladie que nous venons de décrire, à l'exiguité de la portion de poumon affectée, et à son voisinage des bronches, circonstances qui ont permis l'expulsion facile des escarrhes sans occasionner dans le parenchyme pulmonaire un désordre considérable.

Parmi les symptômes que l'on a pu remarquer dans cette observation, et qui me semblent caractériser l'affection qui en fait le sujet, je pense que l'on devrait noter : la fétidité de l'haleine et d'une portion des crachats, l'opiniâtreté de la toux qui résistait à tous les moyens employés pour l'appaiser, et qui dépendait de la présence des escarrhes dans le tissu pulmonaire; l'oppression constante, quoique la plus grande partie du poumon fût perméable à l'air, ainsi qu'on pouvait s'en assurer par l'auscultation; enfin les syncopes et l'anxiété qui ont persisté jusqu'à l'expulsion des escarrhes gangréneuses. Ces derniers symptômes, et surtout l'opiniâtreté de la toux, ont particulièrement été signalés par Van Swiéten, dans ses Commentaires sur Boerrhaave.

On a pu remarquer que pendant le cours de la maladie, nous avons de temps en temps été obligé de changer nos moyens thérapeutiques. Tantôt c'était parce que de nouvelles indications se présentaient, tantôt parce que tel médicament paraissait impuissant contre l'opiniâtreté de la toux, par exemple, et qu'il fallait bien lui en substituer un autre. Dans le commencement de la maladie, et plusieurs fois pendant son cours, les évacuations sanguines ont été rendues nécessaires par l'intensité des symptômes inflammatoires que présentaient les voies aériennes, et la facilité avec laquelle ils se reproduisaient. Dans l'intention d'agir sur la bronchite chronique, et surtout pour combattre la fétidité de l'haleine et de l'expectoration, nous avons employé les fumigations de chlore, mais elles ont irrité le larynx et la trachée artère, et nous avons été forcé de les abandonner. Cependant nous n'hésiterions pas à mettre ce moyen en usage dans une pneumonie gangréneuse non compliquée de laryngo-bronchite; car, quoiqu'elles aient irrité le larynx, le malade trouvait qu'elles rendaient la respiration plus facile. Nous ne pensons pas que l'on puisse attribuer à une cause *spécifique* le développement de la gangrène dans le tissu pulmonaire. Nous sommes convaincu que le traitement antiphlogistique a contribué à borner la désorganisation de cette partie du poumon, et a facilité le travail d'élimination qui ne pouvait avoir lieu avec plus de promptitude. Les boissons adoucissantes, le laitage et un régime sévère ont hâté la guérison du malade après la sortie des escarrhes gangréneuses. C'est au constant usage de ces moyens, unis à de puissans dérivatifs entretenus sur la poitrine, et probablement aussi à l'emploi des eaux sulfureuses de Bonnes, que les symptômes de la broncho-laryngite, devenue chronique, ont fini sans doute par céder complètement.

Note sur les sinapismes ; par MM. les docteurs Trousseau *et* Blanc.

Parmi les médicamens dont il nous importe beaucoup de connaître le mode d'action, il faut, sans contredit, placer ceux que nous employons dans des cas extrêmes, et dont dépend souvent le salut des malades. La moutarde, les cantharides, le quinquina, etc., sont de ce nombre, et l'on ne saurait trop répéter les expériences propres à faire connaître précisément la manière la plus favorable de se servir de ces divers agens thérapeutiques.

En ouvrant tous les livres de matière médicale, en lisant tous les articles de dictionnaires sur les sinapismes, nous sommes frappés de la dissidence qui existe entre les auteurs. Les uns conseillent de délayer la farine de moutarde avec de l'eau chaude ou du vinaigre chaud indifféremment; les autres choisissent de préférence le vinaigre ou l'acide acétique concentré pour produire un effet plus actif. Ceux-ci recommandent expressément de se servir de farine récemment moulue ; ceux-là veulent qu'on emploie seulement le son de cette même farine. C'est bien autre chose quand il s'agit de la durée de l'application. L'un laisse la moutarde quatre heures en contact avec la peau, l'autre se contente de deux ou trois heures ; quelques-uns pourtant concèdent une heure ou une heure et demie.

Que devons-nous faire, nous qui lisons les livres? Comment préparer les sinapismes? Combien de temps les laisser appliqués ? Ne sachant à quoi nous arrêter dans ce conflit d'opinions, nous avons fait ce par quoi il eut été bon de commencer, avant d'écrire, nous avons expé-

rimenté, et nous allons rendre compte du résultat de ces expériences.

I.re *Question.* — *Faut-il prendre de la moutarde moulue récemment, ou de la moutarde broyée depuis long-temps?*

Nous délayâmes dans de l'eau froide deux portions de moutarde. L'une avait été moulue depuis huit jours, et conservée dans une boîte fermée; l'autre avait été broyée dans le cours du mois de février 1830, c'est-à-dire depuis cinq mois, et avait été tenue dans un sac de papier et placée dans une armoire humide. Les deux sinapismes furent appliqués, l'un sur le mollet droit, l'autre sur le mollet gauche.

Moutarde nouvelle.	*Moutarde ancienne.*
Après 4 minutes et demie d'application, légère sensation de picotement.	4 min. et demie. Sensation nulle.
5 min. Un peu de cuisson, légers battemens isochrones à ceux du pouls.	5 min. Sensation nulle.
6 min. Vive cuisson.	6 min. Légère sensation de picotement.
7 min. La cuisson augmente.	7 min. Légère cuisson.
8 min. La cuisson est très-vive.	8 min. Cuisson vive, battemens artériels.
9 min. La couleur devient plus profonde; sentiment de pesanteur dans la partie en contact avec la moutarde.	9 min. Sensation de brûlure; la douleur devient plus profonde.
10 min. Sensation de chaleur et de brûlure très-cuisante.	10 min. La sensation est la même que celle que l'on éprouve dans l'autre jambe.

L'expérience, répétée, a toujours donné les mêmes résultats.

Or, nous voyons que la farine ancienne a pu agir au bout de dix minutes, exactement de la même manière que

la farine nouvelle, bien qu'au commencement elle eût semblé avoir une activité un peu moins prompte.

Donc, 1.° entre la farine de moutarde noire moulue depuis huit jours et celle qui est broyée depuis cinq mois, il n'y a pas de différence notable,

II.e *Question. — Un sinapisme préparé avec de l'eau chaude agit-il plus vîte qu'un sinapisme préparé avec de l'eau froide ?*

Nous appliquâmes deux sinapismes, l'un préparé avec de l'eau à 40° o R, l'autre avec de l'eau à 15° R.

Eau froide. Voyez la première expérience.

Eau chaude. Deux minutes, légère sensation; 3 min., un peu de cuisson; 4 min., cuisson vive, légers battemens artériels; 5 min., cuisson douloureuse, battemens très-sensibles, la douleur en même temps devient plus profonde; 5 min. 1/2, la douleur est très-vive et très-brûlante; 7 min., la douleur n'augmente plus d'une manière aussi sensible, elle devient encore plus profonde, les battemens artériels sont moins énergiques; 10 min., même état.

En comparant le mode d'action de ces deux sinapismes, on voit que celui qui est préparé avec de l'eau chaude agit avec une rapidité bien plus grande que le sinapisme froid. Mais, en définitive, au bout de dix minutes les effets sont tout-à-fait identiques. Et cela se conçoit, puisque ce temps a suffi pour que la température se mît en équilibre dans le sinapisme et la peau.

Donc, 2.° un sinapisme préparé avec de l'eau chaude agit plus vîte qu'un sinapisme préparé avec de l'eau froide; mais au bout de peu de minutes cette différence n'existe plus.

Nous n'en voulons pas conclure qu'il soit indifférent, dans toutes les circonstances, d'appliquer un sinapisme froid ou chaud. Car, à-coup-sûr, la sensation d'un corps

froid en contact avec la peau pendant quelques minutes, peut, dans certains cas, n'être pas sans inconvénient. Mais la température de la surface de la moutarde se met si promptement en équilibre avec celle de la peau, et d'ailleurs le sang est si rapidement appelé dans le derme, que nous regardons comme fort exagérée la crainte que plusieurs thérapeutistes ont manifestée à cet égard.

III.e *Question.* — *La farine de moutarde délayée avec du vinaigre agit-elle avec plus d'énergie que si elle est délayée avec de l'eau?*

Eau. Voir la première expérience.

Vinaigre. Quinze minutes, sensation légère de cuisson; 20 min., la cuisson a un peu augmenté, mais elle est encore presque inappréciable; 25 min., la cuisson devient un peu plus vive; 50 min., cuisson un peu plus prononcée et tout-à-fait semblable à celle que fait éprouver, au bout de six minutes, le sinapisme préparé avec de l'eau.

Cette expérience, répétée plusieurs fois chez des personnes différentes, a constamment donné le même résultat. Et si l'on compare le mode d'action des deux sinapismes, on voit que celui qui est préparé avec de l'eau détermine autant de douleur, au bout de six minutes, que le sinapisme délayé avec le vinaigre, au bout de cinquante minutes. On peut donc dire que, dans ce cas, le degré d'activité de l'un est au degré d'activité de l'autre, comme 6 est à 50, ou comme 1 est à 8.

Jusqu'ici nous n'avions employé que du vinaigre froid: nous voulûmes nous assurer si le vinaigre chaud avait une énergie plus grande; mais nos essais ne tardèrent pas à nous convaincre que l'élévation de la température de ce liquide n'augmentait en rien l'activité du sinapisme.

Or, nous avions fait usage de vinaigre de table, craignant que l'affaiblissement de l'acide acétique ne fut pour

beaucoup dans le résultat de nos expériences; nous délayâmes de la farine de moutarde avec une égale partie d'eau et d'acide acétique concentré, et nous obtînmes l'effet suivant.

Nous laissâmes le sinapisme pendant 45 minutes en contact avec la peau, sans éprouver la moindre sensation de cuisson.

Enfin, poussant l'expérience jusqu'au bout, nous préparâmes deux sinapismes, l'un avec de *l'acide acétique concentré*, l'autre avec de l'eau. Les résultats sont tellement extraordinaires, que nous allons les mettre en parallèle.

Eau.	*Acide acétique concentré.*
6 min. Légère sensation de picotement.	6 min. Rien.
7 min. Cuisson peu vive.	7 min. Cuisson peu vive.
8 min. Cuisson vive, battemens artériels.	8 min. La cuisson a un peu augmenté.
9 min. Sensation de brûlure.	9 min. Douleur moindre que dans l'autre sinapisme.
10 min. Cuisson très-douloureuse; l'appareil est enlevé.	10 min. Cuisson assez vive, légers battemens artériels.
	11 min. Cuisson douloureuse; sensation autre que celle qui est produite par l'autre sinapisme.
	12 min. Sensation de brûlure; l'appareil est enlevé.

Certes, on n'aurait guère supposé *à priori* que l'acide acétique concentré agissait avec moins d'énergie que de l'eau simple dans la composition d'un sinapisme.

Nous venons de voir l'acide acétique concentré n'avoir presque aucune activité, mêlé avec de la moutarde, et il nous paraît curieux de savoir si un cataplasme fait avec ce même acide et de la sciure de bois, serait plus actif que le sinapisme; en conséquence, nous fîmes une pâte avec de l'acide et de la poussière de notre écritoire, et nous

nous l'appliquâmes sur la jambe. Après une minute et demie, il survint une vive cuisson; au bout de deux minutes, la douleur était très-vive. Une demi-minute après elle était supportable; et enfin après trois minutes d'application la douleur était tellement violente, que nous fûmes forcés d'enlever l'appareil; mais ce fut en vain, et aujourd'hui que trois mois se sont écoulés, nous portons encore la marque de cette brûlure.

Donc, 3.° la moutarde délayée dans l'eau agit avec plus d'énergie que si elle est délayée dans le vinaigre ordinaire, dans l'acide acétique faible, dans l'acide acétique concentré, et l'acide acétique mêlé à la moutarde perd de son activité. Ainsi donc la moutarde est affaiblie par l'acide acétique, et réciproquement l'acide acétique est affaibli par la moutarde.

Si maintenant on veut produire une vive rubéfaction et même une brûlure superficielle de la peau, il suffira de mettre, pendant trois minutes, en contact avec cette membrane, du vinaigre radical, retenu dans une éponge, dans une poudre inerte, et à coup-sûr, jamais sinapisme n'agira avec cette promptitude. Mais si l'on veut une *sinapisation*, c'est-à dire une modification de la peau, qui produise une sensation, une rougeur, une tuméfaction *sinapiques*, (et cette expression est exacte) il faudra de la moutarde et de l'eau.

Et maintenant, lorsque l'on voudra mitiger un sinapisme, au lieu de le mêler avec de la graine de lin, de la mie de pain, du levain, il suffira de le préparer avec du vinaigre.

Tous les vinaigriers du monde, enseignent à leurs apprentifs l'art de corriger le piquant de la moutarde avec du vinaigre; ces utiles leçons n'étaient pas perdues pour tout le monde; quelques médecins savaient cela; Swilgué l'avait écrit, et c'est une pratique triviale dans l'hôpital

de M. Bretonneau, de mitiger les sinapismes avec du vinaigre. Cependant, dans tous les cours, dans presque tous les livres, on enseigne le contraire, et c'est pour cela que nous avons publié ces expériences, qui contribueront peut-être à rendre plus familière aux médecins une notion thérapeutique dont nous sommes redevables aux moutardiers.

Avant de terminer ce qui est relatif aux sinapismes délayés avec le vinaigre et l'eau, nous devons dire que nos expériences ont été toutes faites avec d'excellente farine de moutarde noire, moulue comme elle l'est dans toutes les bonnes officines de Paris; et d'après les expériences que nous avons rapportées plus haut, personne ne sera tenté de révoquer en doute la bonté et l'activité de cette farine, puisque dans l'espace de dix minutes la douleur causée par les sinapismes devenait presque insupportable.

Or, nous nous sommes procurés en même temps de la *farine Anglaise*, que l'on vend pour préparer extemporairement la moutarde de nos tables. Nous la délayâmes avec de l'eau, et nous préparâmes un autre sinapisme avec la moutarde noire ordinaire. Leur action fut identique; les ayant ensuite délayés avec du vinaigre, nous ne fûmes pas peu étonnés de voir les résultats de ces expériences n'être plus conformes à ceux des premières; car, dans ce cas, le mélange de la moutarde avec le vinaigre ne détruisit pas l'activité des sinapismes.

A quoi peut tenir une semblable différence? nous l'ignorons entièrement. Nous ne savons même avec quelle graine se prépare la farine anglaise : la seule différence physique que présente les deux farines, c'est que l'une, savoir la farine française, est d'un jaune sale granité de brun, tandis que l'autre très-finement moulue, ne paraît pas contenir de son, et a une couleur jonquille uniforme.

Ceci nous conduit à rechercher où réside le principe

actif de la moutarde. Ce n'est pas, à coup-sûr, dans l'huile fixe, puisque cette huile est aussi douce que celle que l'on extrait du colza; puisque le marc dont on a extrait l'huile fixe a autant d'activité pour le moins que la farine de moutarde qu'on vient de moudre. Il est donc probable qu'il en est de la moutarde comme du ricin, dont le principe âcre, réside seulement autour de la partie centrale du fruit. Or, quel-est ce principe actif? M. le Royer-Tingry, pharmacien distingué de Genève, prétend que c'est une huile essentielle, qu'il a pu extraire de la graine de moutarde et avec laquelle il a fait, de concert avec M. Prévost, de curieuses expériences rapportées dans le Journal de médecine vétérinaire théorique et pratique, cahier de février 1830.

Les huiles essentielles étant en général solubles dans l'alcohol, nous pensâmes que le meilleur moyen de faire un sinapisme, était de délayer la moutarde avec de l'esprit de vin : mais ici l'expérience ne vint pas sanctionner notre théorie, car nos sinapismes préparés suivant cette méthode eurent encore moins d'énergie que ceux dans lesquels nous avions fait entrer le vinaigre.

Maintenant, nous allons dire quelque chose des effets immédiats des sinapismes; et nous terminerons par des considérations sur les moyens qu'il convient d'employer pour calmer les violentes douleurs auxquelles donne lieu quelquefois l'application de la moutarde.

Nous avons vu plus haut, que, si le sinapisme était préparé avec de bonne farine et de l'eau, il se développait au point de contact et dans l'espace de 4 ou 5 minutes, une sensation de picotement qui devenait de plus en plus cuisante, et qui, au bout de 10 minutes, se convertissait en une douleur analogue à celle qui serait produite par un fer incandescent, tenu à peu de distance de la peau. Cette douleur, presque intolérable dix minutes après

l'application des sinapismes, devient de plus en plus profonde, et bientôt est constrictive et gravative, c'est-à-dire que l'on croit sentir un corps lourd qui pèse sur les muscles et qui les comprime. Or, cette sensation est moins insupportable que celle que l'on éprouvait auparavant, de sorte que l'on supporte un sinapisme bien plus longtemps que l'on ne l'aurait présumé d'après l'acuité des premières douleurs. Mais lorsque ce calme ou plutôt ce changement de douleur a duré pendant 20 ou 25 minutes, le sentiment de brûlure se réveille plus énergique que jamais et il est rare que les malades les plus dociles et les plus courageux supportent trois quarts-d'heure un sinapisme bien préparé, à moins pourtant que la sensibilité n'ait été émoussée par une affection cérébrale idiopathique ou secondaire.

Lorsqu'on lève l'appareil, l'impression subite de l'air froid, fait cesser presque complètement la douleur. La peau n'est pas tuméfiée; c'est à peine s'il y a de la rougeur, mais quelques momens après la cuisson reparaît, la peau se parsème de points rouges, et bientôt elle devient d'une teinte rosée uniforme. Cependant la cuisson devient de plus en plus vive, et finit par être brûlante; le moindre frottement l'exaspère, et l'impression du froid la diminue. Quelque vive que soit la rougeur, il n'y a pas de tuméfaction très-apparente, si ce n'est chez les personnes qui ont des dispositions à l'œdème. Les cuissons peuvent durer douze heures, et jusqu'à huit jours; elles ont un caractère spécial, et déterminent, chez les femmes surtout, un agacement nerveux, qui n'est pas toujours sans danger. Nous avons vu des femmes avoir de cruelles et invincibles insomnies, verser des larmes et être prises d'accidens nerveux assez graves, tant étaient vives les souffrances.

La rougeur persiste bien plus long-temps que la dou-

leur, et il n'est pas rare de la voir subsister encore à un haut degré, lorsque déjà la cuisson est presque entièrement dissipée depuis huit ou dix jours; mais dans ce cas, chaque soir, il survient une démangeaison qui n'est nullement douloureuse et qu'on éprouve même du plaisir à satisfaire.

Il faut qu'un sinapisme soit resté bien long-temps appliqué, pour qu'il détermine la vésication; et dans ce cas, les ampoules apparaissent bien plus tard que lorsqu'on a fait usage des cantharides. Les phlyctènes ne se soulèvent pas toutes en même temps, de manière à former une large poche; mais elle se développent partiellement et successivement.

Tels sont les effets d'un sinapisme préparé à l'eau sur la peau de la plupart des malades, lorsqu'il n'est resté appliqué que pendant quarante ou cinquante minutes. Il est des individus qui sont moins irritables, et qui résistent mieux à l'action de la moutarde; mais, d'après nos expériences, il y aurait en général de graves inconvéniens à laisser un sinapisme appliqué pendant une heure; c'est dire que nous regardons comme très-funeste le conseil de quelques thérapeutistes qui recommandent de laisser la moutarde trois et quatre heures en contact avec la peau.

Nous connaissons une jeune dame qui, à l'âge de 20 ans, éprouva des convulsions pendant le travail de l'enfantement. A la suite de ces secousses nerveuses, elle tomba dans un carus profond, et le médecin crut devoir saigner la malade et appliquer en même temps quatre sinapismes, savoir : deux sur les poignets et deux autres sur les coude-pieds. La moutarde ne resta appliquée que pendant trois heures, et quoique la patiente n'eût pas témoigné de sensibilité tant qu'avait duré l'application du sinapisme; cependant il survint des escarres pendant la convales-

cence, et peu s'en fallut qu'elle ne fût victime de la médication trop active à laquelle elle avait été soumise.

C'est surtout dans des circonstances de ce genre qu'il importe de savoir combien de temps un sinapisme doit rester appliqué; car lorsque la sensibilité veille, le malade a soin d'avertir le médecin; mais dans le cas contraire, le médicament épuise toute son action sur la peau, sans que l'encéphale en ait conscience, et lorsqu'ensuite le malade revient à lui, on est étonné de le voir voir accuser d'atroces douleurs, symptômes de lésions graves de l'organe tégumentaire.

Ce que nous venons de dire pour les maladies propres de l'encéphale s'applique encore mieux aux affections fébriles dans lesquelles les centres nerveux sont fortement lésés. Ainsi, dans la dothinentérie, dans la scarlatine qui se compliquent de symptômes ataxo-adynamiques, etc., etc., nous ordonnons des sinapismes que nous laissons appliqués pendant dix et douze heures; cependant le malade n'a témoigné aucune sensibilité, bien que la peau ait rougi, bien que des phlyctènes se soient formées. Deux ou trois jours après, quand la sensibilité se réveille, les douleurs deviennent insupportables, une fièvre s'allume; le derme tombe en gangrène, et nous n'avons que trop souvent à accuser notre médication de la mort des malades.

De tout ce que nous venons de dire, nous concluons que jamais on ne doit laisser un sinapisme préparé à l'eau, appliqué plus d'une heure; que dans le cas même où le malade ne se plaint pas, il faut l'enlever au bout de ce temps, si toutefois la sensibilité est éteinte ou émoussée, et qu'enfin, si l'on veut que la moutarde ne produise son effet qu'avec lenteur, et qu'elle reste appliquée sans danger pendant plusieurs heures, il faut la délayer avec du vinaigre pour en mitiger l'activité.

Deux choses ont contribué à laisser les médecins dans l'ignorance sur le degré d'activité des sinapismes; c'est, d'une part, la croyance où ils étaient que la moutarde n'était jamais si active que lorsqu'elle était délayée avec du vinaigre, et de l'autre la sophistication de ce médicament. Nous ne reviendrons pas sur la première cause d'erreur; nous nous contenterons d'insister sur la seconde.

Beaucoup de pharmaciens, même à Paris, n'ont pas chez eux, de moulin pour broyer la moutarde; et ils l'achètent toute moulue chez les droguistes en gros. Or, ces derniers sophistiquent de toutes façons la farine de moutarde; ils y mêlent du marc de colza, de graines de lin, et la teignent ensuite à l'aide d'une substance colorante. Aussi, ne doit-on compter que sur la farine moulue dans les pharmacies. Les parens et les médecins eux-mêmes n'hésitent pas à envoyer chercher la moutarde chez l'épicier voisin, et il nous est arrivé de laisser huit heures de suite un cataplasme fait avec de la moutarde achetée chez un épicier, sans qu'il en résultât la moindre cuisson; tandis que sur le même individu, un sinapisme préparé de la même manière, mais avec de la graine moulue chez le pharmacien, déterminait après dix minutes une insupportable douleur.

Il nous est arrivé plusieurs fois, depuis même que nous avons fait ces expériences, d'avoir à combattre des accidens causés par les sinapismes, bien que ceux-ci ne fussent pas restés appliqués plus d'une heure. Nous avons essayé d'abord le laudanum, et les diverses préparations opiacées, que nous avons appliquées sur la peau enflammée; mais nous avons à peine modéré la douleur, quoique la dose ait été portée au point de déterminer de l'énivrement. Le topique suivant nous a bien mieux réussi.

℞ Onguent populeum . . . . . . demi-once.
Extrait de belladone. . . . . . }
Extrait de *datura stramonium.* } ãã six grains.
Extrait de jusquiame. . . . . . }

Enduire une linge d'une couche légère de cette pommade, et l'appliquer sur la surface malade.

On obtient d'aussi bons effets de cataplasmes ainsi composés :

℞ Feuilles et tiges de belladone. }
Id. . . . . . de jusquiame. } ãã deux gros.
Id. . de *datura stramonium.* }

Faites bouillir dans deux livres d'eau que vous réduirez à une livre ; faites des cataplasmes avec de la mie de pain ou de la farine de graine de lin, délayées avec cette décoction.

Si la peau est fortement excoriée, il peut arriver que ces topiques causent des vertiges et de la somnolence ; c'est au médecin à en diminuer la dose en proportion de la largeur de la surface dénuée d'épiderme.

Du traitement de la péritonite puerpérale par l'essence de térébenthine.

Dans une dissertation très-bien faite qu'un jeune médecin portugais a présentée récemment à la Faculté de Médecine de Paris, pour y prendre les degrés de docteur (1), il est fait mention d'un mode de traitement de la péritonite puerpérale, trop inusité chez nous et trop préconisé en Angleterre pour que nous négligions d'en parler. Nous allons donc extraire de cette dissertation les

(1) *De la péritonite puerpérale, et en particulier de son traitement par l'essence de térébenthine* ; par Simaô-José Fernandes, de Torres-Novas, en Portugal. Paris, 1830, in-4.°

documens qu'a rassemblés l'auteur sur l'emploi de l'essence de térébenthine. Si les faits rapportés en preuve de l'efficacité de ce médicament sont trop peu nombreux et surtout trop incomplets pour se former un jugement précis sur la valeur de la médication proposée, la réunion de ces faits avec les opinions des médecins qui disent en avoir obtenu des succès nombreux, peut produire une présomption favorable; cela suffit pour engager à tenter un traitement nouveau d'une maladie qui se montre si souvent rebelle aux moyens employés contre elle.

A l'hôpital de Dublin, dans le mois de décembre de 1812, il se manifesta une épidémie de péritonite puerpérale qui sévit avec une si grande force, que tous les malades en étaient victimes. La maladie ne fut, dit-on, arrêtée dans ses ravages que lorsque le docteur Brenan eut mis en usage le traitement par l'essence de térébenthine. Ce médecin a publié (1) les observations de six malades traités à l'hôpital de Dublin, pendant l'espace de trois semaines. (Il est singulier que dans un cas de cette importance et dans des circonstances semblables, on ne rapporte que six observations.) Les principaux symptômes observés dans cette épidémie étaient, suivant Brenan, les suivans : en général, les femmes, même après l'accouchement le plus favorable, devenaient malades dès le 3.e ou le 4.e jour. Il y avait un frisson violent, suivi de douleurs vives dans l'abdomen ainsi que dans les intestins; l'estomac était excessivement irritable; il survenait des vomissemens; l'abdomen se tuméfiait et devenait très-sensible à la pression. La maladie se terminait en peu de jours par la mort.

---

(1) *Thoughts an puerperal fever*, etc. *Réflexions sur la fièvre puerpérale et sur son traitement par l'essence de térébenthine.* Londres, 1814, in 4.°

I.re *Obs.* — Après deux saignées de quinze onces chaque, vomissemens fréquens, sensibilité de l'abdomen au point de ne pouvoir supporter la moindre pression. On soupçonne un épanchement. Etat de dissolution telle, qu'aucune malade n'avait été guérie dans un cas semblable. A deux heures, trois cuillerées à thé d'essence de térébenthine dans un peu d'eau. A cinq heures, amélioration; une cuillerée à soupe d'essence de térébenthine. A neuf heures, grand soulagement; point de vomissement dès que la malade a pris ce médicament. L'abdomen est flasque et totalement insensible à la pression, quoique très-violente. Le jour suivant, quelques douleurs reviennent; on donne l'essence de térébenthine; elles cessent. Appétit. La malade ne s'est plaint de nouveau d'aucune incommodité dans la région de l'utérus. Quatre jours après, elle crache du pus; le pouls s'affaiblit; mort. La malade était atshmatique et venait de prendre beaucoup de mercure. — Le docteur Brenan regarde ce cas comme déposant en faveur de l'essence de térébenthine, parce que tous les symptômes *puerpéraux* ont disparu, et que l'amélioration obtenue est extraordinaire dans la circonstance où se trouvait la malade. Il attribue la mort aux saignées. Mais l'observation citée est trop incomplète, trop vague, pour qu'on puisse partager l'opinion de ce médecin. Tout ce qu'on pourrait admettre, c'est qu'elle ne compte ni pour ni contre la médication employée. Il en est de même de la suivante.

II.me *Obs.* —Travail pendant deux jours: remède usuel, *deux saignées* qui tirent à-peu-près 30 onces de sang; abdomen tendu et sensible à la pression, à un degré excessif. *Essence de térébenthine sur l'abdomen.* Trois heures après, la malade dit qu'elle est guérie; abdomen flasque comme en santé et peu sensible à la pression, respiration aisée. (2 *cuillers à thé d'essence de térébenthine*

dans de l'eau chaude sucrée.) Le jour suivant, les symptômes reparaissent. (*Saignée de* 18 *onces le matin, une autre égale le soir.*) Le lendemain la malade demande l'administration de l'essence de térébenthine : on la satisfait. Ventre flasque, grand soulagement; la pression sur l'abdomen est supportable; la malade ne se plaint que de *faiblesse;* elle ne peut se lever. *Mort* sans être précédée de désordres dans la région de l'utérus, et attribuée aux saignées. Le docteur Brenan n'était pas chargé de cette malade; mais toutes les fois qu'il intervint dans le traitement, et qu'il administra l'essence de térébenthine, il y eut, suivant lui, de l'amélioration.

IIIe *Obs.* — Céphalalgie, sensibilité de l'abdomen, nausées, plaintes, gémissemens. (*Une cuillerée à soupe d'essence de térébenthine, et un peu d'eau après.*) Quinze minutes à peine écoulées, la malade *se porte bien* : l'amélioration s'affermit.

IVe *Obs.* — Symptômes *précurseurs* de la péritonite. (*Une once d'ess. de térébenth. dans une mixture saline.*) Les douleurs et les vomissemens cessent; la malade va chez elle, les symptômes reparaissent. (*Saignées, vésicatoire et autres remèdes usuels.*) Vomissemens bilieux, ventre gonflé; *mort.*

Ve *Obs.* — Accouchement le 12; le 15, fièvre très-violente, toux très-forte et qui porte à crier, à cause des douleurs du ventre, qui est excessivement sensible à la pression. (*Essence de térébenth. appliquée sur l'abdomen; on en donne intérieurement une cuillerée à soupe dans de l'eau sucrée.*) Le 16, point de douleur, appétit; la malade prend des alimens. *Elle est aussi mal que jamais.* (*Ess. de térébenth. intérieurement et extérieurement*). Soulagement : nouvel écart de régime, les symptômes prennent une bien grande intensité jusqu'au 21; le cas est désespéré : on la considère comme moribonde.

Vomissemens de bile verte. (*Une once d'ess. de térébenthine, répétée une heure après ; on en applique aussi sur le ventre.*) Le 22 au matin, amélioration; on la trouve dormant. (*Huile de castoréum, teinture de séné, et deux gros d'ess. de térébenth.*) Plusieurs selles. Le 23 et le 24, la malade se porte mieux, prend des alimens et se lève; le 27, elle s'en va chez elle.

VI.ᵉ *Obs.* — Accouchement de jumeaux; travail difficile; trois jours après, la femme se porte très-mal, son état se continue pendant toute la nuit; le jour suivant elle était le sujet de sérieuses considérations. (*On applique sur le ventre une flanelle imbibée d'ess. de térébenth.; intérieurement on lui en administre une cuillerée à soupe.*) Deux heures après, cris à cause de douleurs abdominales; la flanelle est enlevée; elle avait agi comme un fort rubéfiant; quelques heures après, la malade se sent soulagée. Le lendemain, les douleurs reviennent. (*Une cuillerée à soupe d'ess. de térébenth.*) Soulagement; on donne ce médicament de temps en temps, pendant trois ou quatre jours. Guérison.

Brénan cite encore quelques faits de sa pratique particulière qui, par la même méthode de traitement, furent suivis d'un plein succès.

« Quoique ces observations ne soient pas rédigées de manière à entraîner la conviction, dit M. Fernandes, cependant les circonstances qui les ont accompagnées et qui les ont suivies leur donnent un grand poids : 1.° Brenan avait déjà observé plusieurs cas de péritonite puerpérale, et avait été témoin de l'horrible épidémie qui attaquait alors les femmes en couches. 2.° D'autres médecins ont observé les mêmes malades, et n'ont point réfuté ces observations. 3.° Les contestations que Brenan a eues avec ses adversaires servent plutôt à prouver la véracité des observations que leur fausseté. » Ces raisons ne suffisent

pas, suivant nous, pour donner aux faits et à l'opinion de Brenan le poids que leur accorde l'auteur de la dissertation dont nous faisons ici un extrait : outre que ces observations sont peu nombreuses et qu'il y en a trois où la mort est survenue après de prétendus amendemens dans les symptômes de la péritonite puerpérale, que dans une, l'essence de térébenthine est censée avoir *prévenu* le développement de cette maladie; elles sont rédigées de manière à ce qu'on ne puisse guère en rien conclure. Il est impossible d'avoir des données moins certaines, pour apprécier le diagnostic de la maladie et les effets immédiats qu'ont produits les médications employées. — Voyons si dans d'autres faits rapportés par M. Fernandes, nous trouverons des documens plus favorables à l'emploi de l'essence de térébenthine.

James Macabe, après avoir parlé des avantages qu'il a retirés des larges saignées, dans la première période de la péritonite puerpérale, reconnaît cependant l'utilité de l'essence de térébenthine, et présente les quatre observations *suivantes* : (1).

VII.ᵉ *Obs.*—Constitution grasse, constipation habituelle; péritonite trois jours après l'accouchement. On observa la malade peu d'heures après l'invasion. *Saignée; grand soulagement;* malgré cela, *deux gros d'ess. de térébenth.* dans une once d'eau de menthe édulcorée avec un sirop, pour prendre dans la nuit; le lendemain, *parfaite guérison.* Je dois avouer sans prévention, dit Macabe, que dans aucun cas, je n'ai vu un passage aussi marqué de la fièvre à la convalescence, par quelque méthode évacuante que j'aie employée auparavant.

VIII.ᵉ *Obs.* —Fièvre puerpérale très-violente, dix jours après l'accouchement, qui fut très-prompt. Même traite-

(1) *The London med. Repository*, tome VI, page 468.

ment, mais trois gros au lieu de deux gros d'essence de térébenth.; même résultat, l'essence a produit des selles. — Si les malades avaient succombé, le docteur Brenan aurait sans doute attribué leur mort aux saignées.

IXe *Obs.* — Fièvre puerpérale, vingt-quatre heures après un travail très-long. Symptômes moins violens que dans les cas précédens; point de saignée. *Ess. de térébenth. associée aux autres purgatifs.* Guérison, mais pas aussi prompte que dans les deux observations qui précèdent. La malade avait une faible constitution, était presque constamment souffrante, ordinairement constipée, et usait, pour ce motif, très-souvent de purgatifs.

Xe *Obs.* — Fièvre puerpérale dans sa dernière période; face hippocratique, abdomen très-sensible à la pression, très-volumineux; respiration laborieuse, 130 pulsations. On avait employé tous les moyens ordinaires : *deux gros d'ess. de térébenth.* dans de l'eau de menthe édulcorée avec un sirop, et répétées de quatre en quatre heures. Après la 2.me dose, soulagement remarquable; on ne peut donner la 3.me parce que la malade dort. Le lendemain, abdomen souple, insensible; point de tuméfaction, pouls naturel; les amis et les personnes qui environnaient la malade comptaient beaucoup sur cette amélioration, *mais la femme est morte 16 heures après.* Les douleurs, les anxiétés et les symptômes alarmans qu'elle avait présentés et qui furent *guéris* par l'administration de l'essence de térébenthine, ne se manifestèrent pas après leur disparition. — Singulière guérison, en vérité, que celle d'un malade qui meurt 16 heures après avoir été guéri, et le médecin qui a si bien réussi ne nous dit rien sur l'état des organes, que la mort l'a mis à même de vérifier. M. Fernandes trouve, avec raison, surprenante cette mort qui survient si promptement après la cessation subite des symptômes de la péritonite, et aurait désiré de plus longs

détails. Nous ne pouvons voir dans ce fait, comme dans les 1.re, 2.me et 4.me observations, qu'une exaspération ou complication de la péritonite (s'il y avait péritonite). Les observations consignées dans le mémoire de M. Dance, sur la *phlébite utérine*, et dans celui de M. Tonnellé sur *les fièvres puerpérales*, nous permettent d'expliquer ces cas qui ont paru extraordiuaires. Mais quelle part a eue à cette issue funeste l'essence de térébenthine? nous ne saurions le dire; il faudrait, pour l'apprécier, plus de détails que n'en ont donnés les médecins anglais dans leurs observations.

XI.e *Obs.*—Deux jours après l'accouchement, le 15 du mois, frissons, céphalalgie sur-orbitaire; douleurs abdominales, qui deviennent très-fortes; cette région est très-gonflée et très-tendue, la pression y est insupportable, principalement autour du nombril; pouls plein, 120 pulsations; langue blanche, peau très-chaude, joues rouges de temps en temps; les lochies sont très-fétides et n'ont pas subi beaucoup de diminution, ainsi que le lait; mouvemens latéraux accompagnés de cris; respiration courte, difficulté d'uriner. (*Saignée de* 18 *ou* 20 *onces*). Soulagement; constipation. (*Lavement huileux.*) Evacuations de matières fécales dures. (*Fomentations sur l'abdomen, demi-once d'huile de ricin, répétée jusqu'à ce qu'elle opère.*) Le 16 au matin, douleurs abdominales aussi fortes qu'auparavant. (*Nouvelle saignée, fomentation, mixture saline, huile de castoréum, qui provoque plusieurs selles.*) Le soir, nécessité d'évacuer l'urine au moyen du cathéter; céphalalgie et douleurs abdominales plus supportables; pouls plus petit, 135 pulsations; langue saburrale; les douleurs augmentent de nouveau. (*Deux gros d'ess. de térébenth. dans un peu d'eau de menthe.*) Vingt-minutes après, soulagement considérable; la femme demande le même remède: on le répète

quatre fois en quatre heures. Le lendemain matin 17, elle donne le sein à son enfant; plus de douleurs dans l'abdomen; pendant la nuit, plusieurs selles; l'urine coule facilement; l'appétit revient; 108 pulsations. On ne donne plus de térébenthine; le ventre est encore gonflé. (*Frictions avec un liniment de parties égales d'huile camphrée et d'essence de térébenthine*, qui dissipent cet accident.) Guérison accomplie par des *toniques*. (Th. Atkinson, *Med. and phys. Journal*, t. 33, p. 447.) — M. Fernandes regarde cette observation comme démontrant jusqu'à l'évidence l'efficacité de l'essence de de térébenthine, puisque sous l'influence des saignées, des purgatifs, etc., les symptômes se sont à peine amendés, tandis que le soulagement et la guérison ont été prompts après l'administration de l'essence de térébenthine.

XII.ᵉ *Obs.*—Constitution délicate, lymphatique. Le 20, cinq jours après le travail, qui fut de peu de durée, douleur à la partie inférieure de l'abdomen, s'exaspérant beaucoup par la pression, et plus aiguë sur le côté gauche, dans le voisinage de l'aîne; soif urgente; forte céphalalgie; la lumière, ainsi que le moindre bruit, incommode la malade; pouls plein et fort, 140 pulsations; nausées et vomissemens; les secrétions lochiale et laiteuse continuent. On ne croit pas à une péritonite, parce que la maladie n'avait pas commencé par un frisson. (*Mixture saline, à cause de la constipation; gruau pour tout aliment.*) Point d'évacuations alvines; la douleur augmente et se propage dans toute la région abdominale. (*Lavement ordinaire, continuation de la mixture.*) Déjections abondantes; légère diminution de la douleur; pouls comme auparavant; plus tard, violent frisson, suivi de chaleur; douleur plus forte à l'abdomen, qui est très-sensible et gonflé; pouls très-plein, 144 pulsations; lo-

chies diminuées; le lait continue à être secrété. (*Mixture composée d'une once et demie d'ess. de térébenth., deux gros de miel et deux onces d'eau commune*, à prendre en trois fois de deux en deux heures).

Le 21, les derniers deux tiers furent donnés à la fois : plusieurs évacuations alvines; la malade dit qu'elle est parfaitement soulagée; transpiration abondante; pouls mou, 130 pulsations; la sécrétion lochiale et laiteuse continue; appétit. Quelque temps après, frisson; les douleurs reparaissent, 140 pulsations; céphalalgie. On attribue cette rechute à ce que la malade a reçu plusieurs visites. (*Mixture d'ess. de térébenth., comme auparavant*).

Le 22, la malade avait dormi pendant quatre heures, elle s'éveilla avec appétit; 120 pulsations; abdomen peu sensible à la pression; plusieurs selles, évacuation abondante d'urine. Quatre heures après, la malade va mieux; 116 pulsations; la sécrétion du lait continue; les lochies sont presque suspendues. Plus tard, douleurs plus fortes, limitées au voisinage de l'aine gauche; tumeurs hémorrhoïdales très-sensibles; 120 pulsations; un peu de céphalalgie; soif. (*Une dose de la mixture; une autre dose une heure après; 4 sangsues sur les tumeurs hémorrhoïdales; fomentations sur l'aine.*) Les sangsues soulagent l'état hémorrhoïdal; deux selles après la première dose de térébenthine; la seconde fut vomie; 118 pulsations; peau fraîche, un peu de céphalalgie. (*Lait ajouté au gruau pour tout aliment.*) Sécrétion des mamelles très-copieuse; les lochies coulent peu et sont incolores. Suspension de la térébenthine.

Le 23, douleurs intestinales attribuées à la distension par des gaz; sommeil; douleurs de l'aine très-diminuées; 118 pulsations. (*Purgatifs.*) Selles copieuses la nuit. La malade se plaint de faiblesse. La douleur et les incommodités de l'abdomen sont entièrement dissipées; appétit.

Les jours suivans, il y eut quelques accidens qui n'eurent aucun rapport avec l'affection péritonéale, et qui furent traités avec des purgatifs et autres médicamens. Le 31, la malade se portait parfaitement bien. (H. Payne, *The Edimb. med. and surg. Journal*, t. XXII, p. 53.) Il faut avouer, quoi qu'en dise M. Fernandes, que cette observation est loin de prouver en faveur de l'essence de térébenthine, puisque cette substance occasionna des accidens qui forcèrent probablement à en suspendre l'administration. Mais nous l'avons rapportée, parce qu'elle est exposée avec plus de détails que les autres, et qu'elle peut servir par conséquent à apprécier l'effet du médicament. Le docteur Payne dit avoir eu l'occasion de voir diverses malades traitées avec la térébenthine, qui ont toutes recouvré la santé. Il ajoute que les cas de fièvre puerpérale qu'il a observés depuis cette époque ont participé à un caractère épidémique, et que ni la maladie ni l'emploi de ce médicament n'ont eu plus tard *aucune suite fâcheuse*.

XIII.e *Obs.* — Dans ce fait, rapporté par Richard Edgel dans *The London and med. Journal*, t. XXXVIII, p. 447, la médication a été si compliquée, qu'on ne peut réellement pas indiquer la part qu'a eue l'essence de térébenthine à la double guérison de la maladie, sur laquelle d'ailleurs l'auteur ne donne aucun détail, et qu'il se contente de désigner par son nom.

XIV.e *Obs.* — Habitation dans un endroit obscur et humide. Le 18, 24 heures après un 3.e accouchement, douleur et sensibilité de l'abdomen, lochies diminuées (*purgatif avec le sulfate de soude*), pouls fréquent et dur. (*Saignée* par une large ouverture, la malade étant assise: on laisse la veine ouverte jusqu'à ce que la douleur diminue; elle a fourni 24 *onces de sang*.) Les douleurs reviennent lorsque la malade a pris la position horisontale. (2 *onces d'ess. de térébenth.*) Selles copieuses,

immédiatement après soulagement. Le 19, plusieurs selles. Le 20, les symptômes reparaissent. (*2 onces de sulfate de soude et 2 onces et demie d'ess. de térébenth.*) Selles abondantes, amélioration. Le 21, la sécrétion du lait s'établit. La malade s'occupe du ménage. (Georges Parkman, *The London med. Repository*, t. XIV, p. 464.)

XV.ᵉ, XVI.ᵉ et XVII.ᵉ *Obs.* — 35 ans. Le 19 août 1820, accouchement d'un fœtus mort. Céphalalgie, abdomen très-douloureux, tuméfié et très-sensible à la pression; langue saburrale, pouls dur et fréquent; suppression totale des lochies; constipation depuis l'accouchement. (*Purgatif salin.*) Selles, très-peu de soulagement. Le 22, *demi-once d'ess. de térébenthine et d'huile de castoréum*, donnée toutes les heures, jusqu'à ce que des selles abondantes aient lieu. Le soir, grand soulagement. (*Même prescription jusqu'au 23; on la continue jusqu'au 24, mais en la donnant à de plus longs intervalles.*) Disparition des principaux symptômes. On la suspend. Le reste du traitement n'offre rien de remarquable. — Deux autres observations analogues sont rapportées. On a administré l'huile de castoréum en même temps que l'essence de térébenthine. (J. A. Johnson, *the Lancet*, 2.ᵉ édit. *London*, 1826, t. II, p. 282.)

XVIII.ᵉ *Obs.* — 40 ans. Le 16 mai 1822, huit à neuf heures après l'accouchement d'un fœtus mort, et terminé avec des instrumens, évacuation involontaire des fèces et de l'urine; grande douleur et sensibilité de l'abdomen; pouls plein et très-fréquent; douleur et engourdissement des extrémités inférieures. (*Julep camphré avec l'esprit de nitre et teinture camphrée d'opium, à la dose de demi-once toutes les demi-heures.* Le 16, au soir, même état de l'abdomen. (*Vésicatoire sur toute cette région.*) Le 17 matin, très-peu de soulagement. (*Une cuillerée à thé d'ess. de térébenthine, toutes les deux heures, dans*

un peu de lait; alternant avec le julep, auquel on a ajouté une plus grande quantité de nitre.) Le soir, résultat le plus satisfaisant; la malade a dormi pour la première fois; elle se meut librement dans son lit, retient mieux les matières fécales et l'urine; plusieurs selles; douleurs et sensibilité de l'abdomen beaucoup diminuées; mieux à tous égards. Le traitement est continué avec de petits changemens pendant quelques jours. Tous les symptômes diminuent, et la guérison est terminée par des toniques. (*Id. ibid.*)

XVIII.ᵉ *Obs.* — Elle est du docteur Dewees, auteur américain d'une grande réputation. La péritonite avait résisté à un traitement antiphlogistique fermement suivi. Le cas, dit on, était désespéré, quand on administra toutes les heures 30 gouttes d'essence de térébenthine; mais en même temps des sinapismes furent appliqués aux jambes; des frictions mercurielles furent faites sur l'abdomen chaque nuit, etc. Ce traitement, continué pendant trois jours, fut suivi de guérison. (*The London med. and surg. Journ, including the Lond. med. Repository*, t. III, p. 39.)

XX.ᵉ *Obs.* — 28 ans, 2.ᵉ accouchement le 5, à huit heures du matin : douleurs produites par la rétention du placenta, qui est adhérent, et que l'on extrait. Cinq heures du soir, douleurs violentes (*boisson anodine, compresses chaudes sur la région hypogastrique.*) Pouls régulier, peau humide, diaphorèse modérée, frisson toute la nuit. Le 6, au matin, respiration très-difficile par intervalles; pouls variant de 120 à 130; langue brune et sèche; air inquiet, tension et sensibilité extrêmes à l'abdomen; lochies supprimées; les mamelles sécrètent du lait; indifférence totale. (*Saignée du bras de 24 onces par une large ouverture; 2 gros d'ess. de térébenth., et demi-once d'huile de ricin, immédiatement après.*) A 6 heures

du soir, des selles abondantes avaient eu lieu; douleur et tension moindres; un peu de sommeil; 110 pulsations. (*Répétition de la térébenth. et du ricin.*) Le 7, bonne nuit, sommeil, tension et douleur très-diminuées, 90 pulsations, langue humide; les lochies apparaissent; soif. (*Mixture saline, 3 ou 4 cuillerées toutes les heures.*) Le 8, point de tension et de douleur de ventre; sécrétion abondante des lochies et du lait; 80 pulsations; soif, (*l'on répète la mixture saline.*) Le 9 et le 10, guérison. (Geo. G. Warder, *même Journal*, tome III, p. 51.)

Après avoir rapporté ces observations, M. Fernandes cite l'opinion de plusieurs médecins anglais qui, sans avoir donné en détail les faits dont ils ont été témoins, prétendent avoir retiré les plus grands avantages de l'administration de l'essence de térébenthine dans le traitement des fièvres puerpérales; tels sont John B. Douglas; (Brenan, *ouv. cité* et *Dublin hospital reports*, Tom. 3, p. 157); Kinneir (*the Lond. med. and phys. journal*, t. 54, p. 53 à 57); Blundell (*the Lancet*, 1828, t. 2, p. 674); Magée (*the Lond. méd. Repository*, 1826, t. 2, p. 173); Farre (*the Lond. med. and surg. journ., includ. the Lond. med. repository*, t. 3, p. 29).

M. Fernandes rapporte aussi l'opinion de quelques praticiens qui sont contraires à l'emploi de l'essence de térébenthine. Ainsi, Joseph Clarke a employé l'essence de térébenthine sans succès, chez plus de vingt malades, à la dose de six gros à une once (Armstrong, *faits and observ. relative to the fever puerpéral, Lond.* 1819). Hamilton l'a également employée sans succès chez quatre malades. (*Campbell, a treatise on the epidemical puerperal fever*, etc. Edimb. 1822, p. 276.) M. Fernandes regrette avec raison de n'avoir pu se procurer les observations de Clarke et de Hamilton, malgré cela, ce médecin, qui se prononce assez fortement en faveur de l'admi-

nistration de l'essence de térébenthine, dans le traitement de la fièvre puerpérale, recherche prématurément et avec des données insuffisantes, le mode d'action de ce médicament, d'après les faits que nous avons cités, et tire de ces faits des corollaires qui nous semblent loin d'y être contenus.

Nous avons cru de quelque utilité de faire connaître les observations consignées dans la dissertation de M. Fernandes, quoique nous ne partagions pas sa prédilection pour l'essence de térébenthine. Ces observations mettront à même d'apprécier les preuves sur lesquelles on appuye les éloges accordés à ce médicament. Du reste, lors même qu'elles seraient plus favorables qu'elles ne le sont réellement à cette médication, lors même que le diagnostic ayant été mieux établi, les moyens thérapeutiques auraient été dirigés plus méthodiquement, qu'on n'y trouverait point une complication de remèdes qui exclut tout raisonnement, une polypharmacie vraiment effrayante, on ne pourrait en conclure rigoureusement que cette médication est supérieure à celles que l'on emploie ordinairement et que l'on avoue être si souvent impuissantes. On sait qu'il n'est pas difficile de rassembler des observations éparses çà et là, dans le but de démontrer l'efficacité de la méthode thérapeutique la plus réprouvée. Ce qu'il serait important de faire pour donner les élémens d'une plus juste conclusion, ce serait de rapporter tous les cas de fièvre puerpérale traitée par l'essence de térébenthine, que l'on a observés dans un temps donné et dans des circonstances favorables à ce genre d'expérimentation, d'indiquer les succès comme les insuccès; de cette manière, on pourrait établir une comparaison entre cette médication et les autres modes de traitement. Mais, avec les méthodes vicieuses que suivent nos voisins dans leur engouement pour certains médicamens, et que nous suivons trop sou-

vent nous-mêmes, il était impossible à l'auteur de la dissertation que nous analysons, d'agir autrement qu'il ne l'a fait. Nous lui devons donc de la reconnaissance, pour avoir réuni tous les faits qu'il a pu connaître sur l'emploi de l'essence de térébenthine dans le traitement de la péritonite puerpérale. On ne peut se dissimuler que dans quelques cas qu'il rapporte, ce médicament a été suivi d'un amendement remarquable dans les graves symptômes de la maladie : quelle que soit la part qu'on doive lui attribuer dans cet heureux effet, c'en est assez pour fixer l'attention des praticiens sur ce mode de traitement. Une expérimentation plus suivie et mieux dirigée nous donnera les moyens d'en apprécier la valeur réelle.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur l'anévrysme par anastomose; par ANT. SCARPA. (Suite et fin.)

Les détails que renferme l'observation que je viens de rapporter (1), offrant une description anatomico-pathologique assez détaillée de la seconde espèce d'anévrysme par anastomose, je dois rapprocher de cet exemple celui que j'ai publié antérieurement, et qui est relatif à une tumeur qui occupait la crête et les faces latérales du tibia : tel est aussi celui que fit connaître à la même époque le docteur Pearson. Il n'y a pas encore trois mois que j'ai eu l'occasion d'observer un second exemple de tumeur avec battemens, située à la partie inférieure du tibia : voici le fait.

(1) *Voyez* le précédent Numéro des *Archives*, page 535. (Extrait des *Annali universali de Med.* Juin 1830.)

Armellina Moraschi, âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, régulièrement menstruée, fit une entorse en sautant : c'était dans le mois de septembre 1828. Par suite de cet accident elle ressentit une légère douleur dans la marche, et chaque soir l'articulation du pied droit, siège de l'entorse, était un peu gonflée. Trois mois après, l'augmentation de la douleur et du gonflement devint telle, que la malade se décida à réclamer les secours de l'art : jusque là elle avait négligé d'y apporter aucun remède. Le gonflement était borné à la malléole interne, sur laquelle existait une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, de couleur rougeâtre, et douloureuse à la pression. Après une application de sangsues et de cataplasmes émolliens, une saignée de pied et le repos absolu, la tumeur sembla disparaître, et il ne resta qu'un engorgement œdémateux autour de l'articulation. Dans le but de dissiper cet engorgement, on pratiqua sur le coude-pied des frictions mercurielles qui ne firent qu'augmenter le gonflement, et naître un sentiment de chaleur dans tout le tiers inférieur de la jambe. Cette tuméfaction fut combattue inutilement par les bains d'eau acidulée, l'eau végéto-minérale, et les bandages compressifs : l'enflure resta toujours la même.

Dans cette conjoncture, la malade se rendit à Pavie dans le mois de juin 1829, et se fit examiner par le docteur Molina, qui reconnut autour de l'articulation du pied une tuméfaction notable, d'une consistance pâteuse, douloureuse à la pression, et accompagnée de chaleur bornée à la région de la malléole interne. Les mouvemens de l'articulation étaient gênés, douloureux; la malade ne pouvait s'appuyer sur le membre de ce côté. Cette affection fut considérée comme une tumeur blanche commençante, et l'on conseilla l'emploi de bains d'eau végéto-minérale, d'eau de chaux, des frictions résolutives, et

enfin l'application de vésicatoires. L'usage de ces divers moyens arrêta bien les progrès du gonflement, mais ne fit pas diminuer la sensation de chaleur cuisante qui existait à la malléole interne.

En examinant avec plus de soin le siège de la douleur accusée par la malade, le docteur Molina reconnut une petite tumeur dont la base avait un pouce de diamètre environ, et dans laquelle on distinguait manifestement des pulsations isochrônes aux battemens du cœur et des artères. Cette tumeur fit bientôt de rapides progrès, nonobstant les applications résolutives et les bandages compressifs, en sorte que dans le mois d'octobre 1829, sa base s'étendait à trois travers de doigt au-dessous de la malléole interne, et autant en avant de la partie inférieure du tibia. La tumeur battait également dans tous les points de son étendue, et cessait d'offrir des pulsations dès qu'on comprimait l'artère poplitée. La chaleur dont elle était le siège était singulièrement accrue. Dans le but de suspendre les progrès de la tumeur, on conseilla la compression de l'artère poplitée, et l'application de la glace sur la tumeur. Au bout de deux mois de l'emploi de ces moyens, la compression de la poplitée était devenue insupportable, la tumeur augmentait plus rapidement de volume, et causait un sentiment de torpeur dans la jambe.

Ce fut alors que le malade consulta le professeur Cairoli, qui examina la tumeur de concert avec le docteur Molina; il pensa qu'elle résultait d'un anévrysme par anastomose, analogue à ceux précédemment décrits; que la ligature de la poplitée n'arrêterait pas ses progrès; que le seul moyen de sauver la vie à la malade consistait dans l'amputation de la jambe. L'opération fut pratiquée le 15 avril 1830. Voici ce qu'on observa à la dissection du membre, après l'injection préalable des vaisseaux de la jambe.

La tumeur occupait la tubérosité inférieure du tibia, et, à proprement parler, l'articulation du pied; elle était oblongue, et son plus grand diamètre dirigé transversalement; sa consistance était molle et élastique dans toute son étendue, et l'on distinguait dans son épaisseur des lamelles osseuses, libres, et sans adhérence au tibia. Les artères et les veines avoisinant la tumeur étaient énormément dilatées à partir de quelque distance de sa base. Les artères tibiale antérieure, postérieure, et l'inter-osseuse, avaient leur calibre naturel, mais les ramifications qu'elles fournissaient à la tumeur étaient devenues très-sinueuses, et leur énorme dilatation était hors de proportion avec le volume qu'on aurait pu supposer d'après celui des vaisseaux de la jambe. Il était évident que les battemens observés pendant la vie avaient leur siège dans cette masse vasculaire. En ouvrant la tumeur en avant et longitudinalement, on reconnut : 1.° que l'enveloppe extérieure de la tumeur était formée par le périoste du tibia qui était singulièrement épaissi, très-vasculaire, et au-dessous duquel on remarquait, dans divers points, de petites lamelles osseuses; 2.° à la partie supérieure de la tumeur, le tibia présentait une érosion profonde et infundibuliforme; 3.° le centre de la tumeur était formé par une substance en partie molle, en partie sémi-élastique, d'un jaune rougeâtre, parsemée d'un nombre infini de vaisseaux artériels et veineux, d'un volume assez considérable, et entrelacés de mille manières différentes. En outre, le sommet de la tumeur était occupé par un kyste d'un demi-pouce de diamètre, et rempli de sérosité sanguinolente. Par suite de l'altération que je viens de décrire, l'extrémité inférieure du tibia offrait une excavation assez grande remplie par un tissu analogue à la substance osseuse, mais dépourvu de phosphate de chaux, ainsi que je le dirai ci-après.

D'après les exemples nombreux d'altérations des os que j'ai observés dans ma pratique, j'ai remarqué que le genre de tumeur dont je parle occupe bien plus fréquemment les os du crâne que tous les autres os du squelette; de plus, cette tumeur du crâne, semi-élastique, et accompagnée de battemens, est souvent multiple. Il existe dans le cabinet d'anatomie pathologique de Pavie, plusieurs pièces qui viennent à l'appui de cette observation; je citerai entre autres exemples la tête d'une femme qui était âgée de cinquante ans quand elle succomba : avant sa mort on avait remarqué sur l'occipital une première tumeur de la grosseur d'une orange; une seconde, sur le pariétal droit, à quinze lignes de diamètre; et une troisième, un peu plus petite, occupait le pariétal gauche. A l'autopsie, on en trouva une quatrième, de même nature, située en partie dans l'apophyse basilaire et en partie dans le corps du sphénoïde. Cette femme était habituellement valétudinaire, d'apparence scrofuleuse, maigre, portant un goître énorme, et analogue aux crétins par le peu de développement de l'intellect. Sa mort fut causée par l'ignorance d'un chirurgien qui fit à la tumeur de l'occiput une incision profonde à laquelle succéda une hémorrhagie dont on ne put se rendre maître.

Les différentes observations qui précèdent, et les résultats fournis par l'anatomie pathologique, confirment donc la division de l'anévrysme par anastomose en deux espèces, ainsi que je l'ai établie au commencement de ce mémoire. Dans la première espèce, la tumeur a son siège au sein des parties molles, et consiste dans la dilatation extrême des capillaires artériels, dilatation qui est due à une certaine condition de l'organisation qui prédispose ces vaisseaux à un relâchement dans le tissu de leurs parois, relâchement qui est quelquefois augmenté par une contusion plus ou moins profonde, et dont l'action porte

particulièrement sur les vaisseaux sous-cutanés. Dans la seconde espèce, l'anévrysme par anastomose se développe consécutivement à une altération du tissu osseux, dont un des principaux symptômes consiste dans la présence d'une tumeur avec battemens isochrones à ceux du pouls.

Dans mon livre *de anatome et pathologiâ ossium*, je crois avoir démontré que le tissu osseux est susceptible d'une expansion considérable, par suite de laquelle il est quelquefois dépouillé de phosphate de chaux, et réduit au canevas semi-cartilagineux qui le constitue seul primitivement; les tumeurs nommées exostoses sont un des produits de cette dilatation du réseau cartilagineux qui forme la base des os; d'abord molles, peu-à-peu elles dursent, et acquièrent quelquefois une consistance éburnée. D'après cette organisation bien connue du tissu osseux, on peut concevoir que si quelque cause morbifique agit sur l'économie animale, de manière à dépouiller la substance osseuse du phosphate de chaux qui lui donne sa dureté et sa force de résistance naturelles (cette cause est toujours, suivant moi, de nature scrofuleuse), l'os sur lequel cette cause agit, perd journellement de sa consistance, dans le point affecté, où se forme une saillie de plus en plus proéminente : là, le tissu osseux, demi-cartilagineux d'abord, se transforme en une masse molle, d'un jaune rougeâtre, gélatiniforme dans quelques points, conservant un certain degré d'élasticité dans quelques autres, traversée par un grand nombre de vaisseaux, et offrant un aspect fongueux qui a fait donner à cette maladie le nom d'*ostéo-sarcôme*, et que d'autres ont considéré comme une carnification de l'os.

Quand on examine à la loupe la substance jaune-rougeâtre qui remplace le tissu osseux, on y reconnaît aisément une texture caverneuse, réticulée, en un mot tous

les caractères du canevas primitif de l'os, qui est à-la-fois ramolli et dilaté. Cette organisation démontre donc clairement que la tumeur dont il s'agit, n'est à proprement parler qu'une portion de l'os privée de phosphate de chaux, ramenée pour ainsi dire à son état de cartilage temporaire, et convertie en une substance molle et semi-élastique. Ce qui prouve que la tumeur est le résultat de cette transformation morbide, c'est qu'elle remplace exactement la portion d'os, qui n'est détruit qu'en apparence, puisqu'il a seulement subi ce changement de texture. En effet, chez le sujet de l'observation que j'ai rapportée comme exemple de la seconde espèce d'anévrysme par anastomose, la base de la tumeur ovoïde située sur la pariétal correspondait parfaitement à l'ouverture ovale de cet os; au sternum, l'excavation dont la base de cet os était creusée, répondait exactement à la base arrondie de la tumeur qui la surmontait : aux côtes, la tumeur oblongue remplissait entièrement la portion de l'os qui avait été convertie ainsi en un noyau cartilagineux, devenu plus tard fongueux. Ce serait donc une erreur de croire que ces diverses tumeurs étaient le résultat de quelque sécrétion morbide, ou d'une production accidentelle qui se serait ainsi développée en dehors du périoste, et de la portion d'os devenue cartilagineuse. On ne peut également confondre la tumeur avec battemens dont il s'agit, avec cette altération qu'on a nommé *cancer mou*, fongus médullaire, qui attaque le périoste, en même temps que les parties molles; il n'y a en effet aucune analogie entre cette altération et la transformation que subit ici le tissu osseux dépouillé de ses sels terreux, par l'influence d'une diathèse scrofuleuse. En outre, si l'on examine avec attention le mode de connexion de la tumeur avec l'os au milieu duquel elle est située, il est aisé de reconnaître

que l'une est continue à l'autre, de telle sorte qu'il semble que l'absence de phosphate calcaire fasse toute la différence, et que sans cela la tumeur aurait exactement l'aspect d'un exostose, ou d'un épaississement circonscrit de l'os. L'identité de texture qu'il y a entre ces tumeurs et le tissu osseux dont elles sont entourées, est encore prouvée par les lamelles, les filamens osseux et les petits dépôts de matière calcaire, qu'on rencontre sur beaucoup de points de leur surface, et qui sont les débris des lames les plus extérieures de l'os, dont le diploë, ou la substance spongieuse, est le siége de l'altération particulière qui nous occupe. Je suis convaincu que si, par un moyen quelconque, on dépouillait entièrement de phosphate de chaux, la portion saine de l'os qui est en rapport avec ce genre de tumeur, on pourrait distinguer la continuité du tissu fibro-celluleux de l'os sain avec le tissu mou et spongieux de la tumeur.

Mais à mesure que celle-ci se développe, les vaisseaux de la partie ramollie, et particulièrement les artères éprouvent un changement remarquable; les ramifications et les capillaires nombreux qui se distribuent au périoste, ainsi que ceux qui pénètrent dans l'épaisseur de l'os et de la portion affectée, se dilatent très-rapidement à un point extrême, soit parce que leurs parois ne se trouvent plus maintenues et resserrées par le tissu dense et compact qui les enveloppait jusque-là, soit aussi parce que le sang qui alimente la tumeur y afflue avec plus de force : on sait d'ailleurs qu'on trouve généralement les artères plus dilatées que dans l'état normal, au milieu des parties enflammées. Quoiqu'il en soit, par suite de ce changement dans leur calibre, ces vaisseaux agglomérés et anastomosés entr'eux, distendus par le sang à chaque battement du cœur, forment bientôt une masse vasculaire qui offre des

pulsations semblables à celles qu'on sent en portant la main sur un anévrysme dû à la rupture de quelque gros vaisseau. On a pu juger avec quelle rapidité le sang pourrait pénétrer et distendre subitement toutes ces ramifications artérielles, par ce qu'une injection poussée avec peu de force a produit sur elles après la mort : le liquide les a pénétrées si facilement, que chacune des tumeurs est aussitôt revenue au volume qu'elle avait pendant la vie. Ce qui achève de prouver que ces artères dilatées communiquent largement avec les voies de la circulation générale, c'est ce qui arrive, quand par hasard un diagnostic erroné fait pratiquer une incision sur une tumeur de cette espèce. Walther rapporte (*Opere chirurgiche*, t. 2, *trad. ital.*) qu'ayant incisé légèrement une de ces tumeurs dans le seul but d'en reconnaître la nature, l'hémorrhagie foudroyante qui en résulta lui fit voir combien il était heureux pour le malade que l'instrument n'eut pas été porté plus profondément : on put obtenir la cicatrisation de l'incision à la faveur du coagulum qui se forma. J'ai rapporté plus haut, l'observation de cette femme qui périt d'hémorrhagie, à la suite d'une semblable opération.

L'existence de battemens réguliers au-milieu d'un tissu demi-cartilagineux, ramolli, presque fongueux, mais abondamment pourvu de vaisseaux artériels, n'est point un phénomène extraordinaire, car il n'est pas très-rare de voir aussi le corps thyroïde offrir des battemens semblables, quand son tissu hypertrophié est également parcouru par les rameaux nombreux et dilatés des artères thyroïdiennes. On sait que cette altération du corps thyroïde a été pour cela désignée sous le nom de *struma anevrismatica*. Plusieurs chirurgiens disent qu'on a rencontré une altération des os semblable à celle que j'ai décrite, sans qu'on y ait pu distinguer la moindre apparence

de pulsations. Je ne prétends pas nier que le fait soit possible, mais je doute fort que, dans les cas qu'on cite, l'altération ait été identique à celle que j'ai décrite, qu'elle ait été le résultat de la même cause morbide, et que le tissu osseux ait subi exactement les mêmes modifications. Si l'on voulait assimiler les tumeurs du crâne, dont j'ai parlé aux fongus de la dure-mère, et admettre que les faits que j'ai rapportés en sont autant d'exemples, je me bornerais à faire remarquer que cette opinion serait sinon détruite, du moins singulièrement en désaccord avec différentes circonstances de l'une de mes observations où l'on a vu qu'il existait des tumeurs exactement de la même nature au sternum, aux côtes, à l'os iliaque; dans un autre cas, la tumeur avait son siége à l'extrémité d'un os long: or, on ne supposera pas ici que ces tumeurs fussent autant de productions fongueuses de la dure-mère.

Je n'omettrai pas de faire remarquer qu'au centre des tumeurs anévrysmales que j'ai décrites, on observait des cellules de grandeur inégale, remplies de sérosité sanguinolentes, que dans celles qui avaient un volume assez considérable et qui étaient anciennes, j'y ai trouvé la matière de l'injection épanchée en assez grande quantité, et mêlée à du sang coagulé ou condensé par couches concentriques. Cette disposition m'a fait penser que dans les tumeurs grosses et anciennes, il s'opère souvent à la longue une crevasse de quelques-unes des artères qui les forment; l'observation d'une tumeur de cette espèce, située à l'extrémité supérieure du tibia, et rapportée par Pearson, vient confirmer mon opinion.

En terminant ce mémoire, je dois ajouter que je ne vois pas de traitement particulier, applicable à la seconde espèce d'anévrysme par anastomose. La nature de cette maladie, et les complications qui l'accompagnent démon-

trent assez clairement que le seul moyen curatif qu'on puisse employer consiste dans l'amputation de la partie où siége le mal, et ce moyen ne peut être mis en pratique que dans certains cas particuliers. Ajoutons, qu'il peut encore arriver qu'après l'ablation de la partie malade, la même affection se développe sur un ou plusieurs autres os, et rende ainsi inutile l'opération pratiquée.

Addition à ce mémoire. — En parlant des connexions des tumeurs anévrysmales avec la substance de l'os, je n'avais pas hésité à affirmer que si l'on pouvait enlever par un moyen quelconque le phosphate de chaux de l'os où réside la tumeur, on verrait distinctement la trame fibro-cartilagineuse de l'os sain se continuer sans interruption avec le tissu de la tumeur. Voici le résultat des expériences que je viens de faire pour éclairer ce point d'anatomie pathologique.

J'enlevai une des tumeurs qui existaient sur les côtes du sujet de l'observation que j'ai rapportée; cette tumeur oblongue était continue d'une part avec le cartilage sternal de cette côte, et de l'autre avec la côte elle-même dont le tissu était, dans le reste de sa longueur, parfaitement sain. La pièce fut maintenue en suspension dans de l'acide hydrochlorique étendu d'une grande quantité d'eau, de manière que la portion saine de la côte qui communiquait avec la tumeur était la seule partie qui plongeait dans le liquide. Au bout de quatorze jours d'immersion dans la liqueur, cette partie de la côte se trouva totalement dépouillée de phosphate de chaux, et réduite en un fibro-cartilage, mou, flexible, qui se continuait manifestement avec le tissu boursoufflé et fongiforme qui constituait la tumeur. En pratiquant une section longitudinale qui divisa en même temps le tissu de la tumeur et de la côte ramollie, cette continuité de substance fut encore plus évidente, et pouvait être parfaite-

ment distinguée à l'œil nu. On ne voyait, au point de réunion de la tumeur avec le tissu de la côte, aucune substance membraneuse ou autre qui put interrompre cette continuité de tissu. Au contraire, on distinguait facilement le tissu spongieux et réticulaire de la côte qui se continuait dans l'intérieur de la tumeur, en conservant ses caractères propres bien au-delà du point où la côte et la tumeur semblaient se réunir extérieurement. Cette prolongation de la substance interne de l'os ne laissait ainsi aucun doute sur l'origine et le siége de l'altération. Tous ces détails de structure ont été observés par un assez grand nombre d'élèves, et par le professeur d'anatomie de l'Université, le docteur Panizza, qui reconnut, en outre, que les mailles du tissu spongieux et réticulaire de l'os sain s'élargissaient insensiblement à mesure que ce tissu pénétrait d'avantage vers le centre de la tumeur.

Cette pièce pathologique est conservée dans les collections anatomiques de l'Université, comme la preuve qui démontre le plus positivement la nature et le mode de développement des tumeurs anévrysmales dont je viens de tracer l'histoire, lesquelles sont la conséquence de l'altération particulière que la diathèse scrofuleuse peut faire subir au tissu osseux.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Recherches anatomiques sur l'encéphale; *par F. P. Lelut, D. M.* —M. Lelut a examiné et décrit l'état de l'encéphale de cinq individus condamnés au dernier supplice comme assassins-voleurs, et exécutés: de P. A. Bellan, âgé de 33 ans, charcutier, qui, à en juger d'après les débats, paraît avoir été un homme d'une intelligence ordinaire; calme, froid, tout-à-fait personnel, disposé à la violence pour satisfaire ses désirs; de A. Daumas-Dupin, âgé de 40 ans, ancien

officier d'infanterie, forçat évadé du bagne, auquel il avait été condamné à perpétuité pour récidive de faux, homme d'un esprit à-peu-près ordinaire, d'un courage précoce, d'une grande violence dans ses passions, et d'un sang-froid remarquable; du forçat J. B. Guérin, âgé de 42 ans, voleur adroit et rusé, d'une intelligence fort développée; de J. L. Bardon, âgé de 39 ans, d'une intelligence peu développée, peu active, déjà condamné pour vol en police correctionnelle; de L. Chandelet, âgé de 31 ans, forçat libéré, qui paraît avoir été toujours d'un caractère léger, excitable, enclin au mal, du cynisme le plus dégoûtant, et qui, pendant son séjour à Bicêtre, a présenté constamment la figure colorée par une injection sanguine remarquable : ces trois derniers condamnés à la peine de mort pour avoir pris part au même vol d'un portier dont l'un d'eux était le neveu. (*Voyez* pour les détails des procès, la *Gazette des Tribunaux*, assises du département de la Seine, audience des 13, 14, 15 juin; d'octobre; des 28 et 29 novembre 1829. — Les cinq condamnés ont joui d'une bonne santé pendant leur séjour à la prison de Bicêtre; chez quatre d'entr'eux l'intelligence était saine, dans l'acception ordinaire de ce mot; ils n'ont présenté, à leur dernier jour, aucun signe de délire maniaque, aucun symptôme d'arachnitis, et jusqu'au pied de l'échafaud, jusque sur l'échafaud même, ils paraissent avoir conservé toute la dose d'intelligence qu'il est donné à l'homme dans un pareil moment. Quant au cinquieme, Chandelet, assassin de son oncle, sa conduite, ses discours, soit pendant son séjour à la prison, soit dans son voyage à la place de Grève, ont pu laisser quelques doutes sur l'état de sa raison. Mais cet état mental, manifesté depuis sa condamnation, n'était que l'exagération, peut-être très-légère, de son caractère habituel. Les têtes des cinq suppliciés présentaient toutes des contusions et des plaies contuses, dues à la chute de la tête sur les bords ou dans le fond du vase qui la reçoit après la décollation. Chez aucun d'eux le crâne n'était à beaucoup près symétrique, et ce manque de régularité affectait surtout le côté droit. M. Lélut dit avoir retrouvé la même disposition dans presque tous les crânes d'individus qu'il a pu examiner, et dans beaucoup de crânes d'individus sains d'esprit. Quatre fois sur sept environ, le défaut de symétrie portait sur le côté droit, et il en résultait surtout une saillie de la voûte au-dessus et un peu en arrière du rocher. — Chez celui des cinq dont la raison était la moins développée, la moins libre, dont les passions étaient les plus violentes, la masse cérébrale était sensiblement moins forte, et le cervelet plus considérable que chez les quatre autres. La partie frontale de l'encéphale offrait une rougeur remarquable chez Guérin, dont l'intelligence était fine et étendue. Chez lui, l'épaisseur

considérable du muscle temporal aurait pu faire croire à un grand développement des circonvolutions cérébrales appuyées à la partie antérieure de la tempe. Chez aucun des quatre autres suppliciés, cet endroit du crâne n'offrait de saillie isolée et d'une prédominance remarquable. Chez Daumas-Dupin, la masse cérébrale était surtout répartie sur les parties latérales, et le diamètre du crâne était des plus considérables; par suite de cette disposition, le haut de la face élargi donnait à la physionomie quelque chose de féroce et de perfide qui frappa M. Lelut à la première vue du condamné dans la prison de Bicêtre; c'était un peu l'aspect du tigre. En outre, le front était peu élevé, l'angle facial peu ouvert; après l'ablation de la voûte du crâne, on a pu voir que de toutes les parties du cerveau la plus développée était évidemment celle que protège la portion écailleuse du temporal. — Contre l'opinion de Gall, M. Lelut prétend, d'après de nombreuses observations, que la voûte du crâne est plus mince chez les vieillards que chez les adultes. L'épaisseur moyenne des os de cette partie, est, suivant ce médecin, en général de deux lignes et demie à trois lignes. Elle était telle chez les cinq suppliciés. — Chez aucun, il n'y avait un atôme de sérosité, soit dans la cavité de l'arachnoïde, soit dans les ventricules latéraux, soit dans les mailles de la pie-mère. Il a dû s'en écouler par l'ouverture du canal rachidien pendant et immédiatement après la décapitation. Mais cette quantité n'a pu être très-considérable, car le son au milieu duquel tombe la tête forme un bouchon assez épais qui ferme cette ouverture. — Un gaz inodore et incolore, que M. L. croit être de l'air, était épanché dans la cavité de l'arachnoïde et dans la plupart des veines de cette membrane; il y avait un certain nombre de bulles d'air dans les veines de la face, surtout chez Chandelet et chez Daumas-Dupin. La quantité de ce fluide contenue dans les veines de l'arachnoïde était à-peu-près la même chez tous les suppliciés; elle était surtout appréciable dans les veines qui s'ouvrent dans le sinus longitudinal supérieur. M. Lelut pense que cet air a dû s'introduire dans les artères du cou au moment de la décapitation, et a été projeté jusques dans les veines. Avant de chercher à résoudre cette question, il faudrait s'assurer de la nature du gaz. — Dans les cinq têtes, le feuillet interne de l'arachnoïde était, dans toute son étendue, mince, transparent, sans aucune opacité; il n'y avait aucune de ces granulations appelées glandes de Pacchioni. L'épaisseur du feuillet cérébral de l'arachnoïde était, du reste, plus grande sur la convexité des hémisphères cérébraux qu'à leur base; disposition normale, suivant M. L. — L'extérieur de l'encéphale, chez tous les suppliciés, offrait une sorte d'état poisseux qui rendait difficile l'enlèvement des membranes, et qui plusieurs fois a donné lieu à l'ablation

de quelques parcelles de cet organe avec la pie-mère. M. L. dit avoir observé cet état chez tous les animaux morts violemment; état qu'il ne faudrait pas confondre avec les adhérences méningo-cérébrales, suites d'arachnitis. — La mollesse de la surface du cervelet, que M. L. croit normale et constante, était très-appréciable dans les cinq cas. — La couleur de la substance grise intérieure des corps striés, des couches optiques, était à peu-près la même que celle de la couche corticale des circonvolutions; en outre, elle était uniforme, sans mélange de taches ou de marbrures rouges. M. L. pense donc, d'après ces faits et d'autres, que les marbrures de la substance grise intérieure, considérées par MM. Cazauvielh et Andral comme un état normal, sont le résultat d'une vascularité insolite de cette substance. — La substance médullaire du cerveau, chez les cinq suppliciés, était d'un blanc brillant, uniforme, parsemée de très-petits points rouges, à l'endroit de la section des vaisseaux; sa fermeté était médiocre. Les parties blanches centrales, le corps calleux, la voûte à trois piliers, le septum-lucidum, la surface des ventricules, qui d'abord avaient présenté le degré de consistance du reste de l'organe, se déchiraient, s'éraillaient facilement après un court séjour dans l'eau. Chez Bardon, il existait à la région pariétale gauche une dépression à-peu-près circulaire, du diamètre de 3 à 4 lignes, correspondant à un enfoncement de l'os de même dimension, se terminant par une perforation complète du pariétal; mais vis-à-vis cette lésion, le cerveau et ses membranes n'offraient pas la moindre trace d'une altération chronique; de sorte qu'on ne peut pas croire que cette lésion ait eu quelqu'influence sur les facultés intellectuelles de cet homme, du moins elle n'a dû être que passagère; peut-être, dit M. L., n'en a-t-il pas été toujours de même de celle qui fut observée chez Daumas-Dupin. La face inférieure du lobe droit du cervelet offrait près de la partie moyenne du bord de cet organe une teinte d'un blanc-jaunâtre et une dureté insolite, dans un pouce carré d'étendue. Cet aspect se retrouvait encore à une demi-ligne de profondeur sur les faces supérieure et inférieure de chaque lamelle comprise dans l'espace indiqué. En cet endroit, la surface du cervelet était non-seulement dure, mais un peu rugueuse. En coupant cet organe dans sa profondeur, on voyait qu'en ce lieu sa substance grise avait beaucoup diminué d'épaisseur; qu'elle offrait dans toute cette dimension l'aspect blanc-jaunâtre et la dureté comme semi-cartilagineuse de sa surface. Cette induration partielle de la substance corticale du cervelet ressemblait assez bien à certaines cartilaginifications de la plèvre. Au voisinage de cette altération, les substances blanche et grise du cervelet n'offraient rien qui parût s'éloigner de l'état naturel. M. L. pense que l'origine de cette altération remonte sans doute

bien loin, et qu'elle se rapporte à un changement d'état et d'action du cervelet, sur lequel il n'est pas même possible de faire des conjectures. — Ce genre de recherches sur la conformation du crâne, sur la répartition de la masse encéphalique, chez des homicides qui étaient aussi des voleurs, est extrêmement important, surtout pour donner les moyens de juger une fameuse doctrine que l'on a plus souvent combattue avec des préventions et avec des raisonnemens que par les faits, et l'on doit louer le travail intéressant qu'a publié sur ce sujet M. Lelut; mais, comme il l'observe lui-même, il ne s'agit dans ce travail que de cinq faits, et de cinq faits dont la partie idéologique est bien incomplète. On ne peut donc pas en tirer toutes les conséquences dont ils seraient susceptibles. (*Journal des Progrès*, 2.e sér., t. III.)

Vice de conformation de l'œsophage et de l'estomac. — *Observ. par le docteur Pagenstecher.* — Un enfant du sexe féminin, parfaitement conformé à l'extérieur, fort et né à terme, offrit, dès l'instant de sa naissance, l'expulsion continue par les narines d'un mucus très-tenace, accompagné d'un bruit particulier dans la gorge. Il prenait avidement la nourriture qu'on lui présentait, ainsi que le sein de sa mère, mais on s'aperçut bientôt qu'il était hors d'état d'avaler, et que tous les efforts qu'il faisait pour y parvenir n'avaient pour résultat que de faire refluer par le nez et par la bouche, après quelques instans de vomiturilions, les liquides entremêlés de mucosités et chargés d'écumes. Il se portait d'ailleurs très-bien, et on soupçonna que ces accidens étaient dus à une imperforation de l'œsophage, diagnostic qui fut confirmé par l'exploration de ce conduit à l'aide d'une sonde. Le mal étant sans remède, l'enfant succomba le cinquième jour, après avoir régulièrement excrété, pendant toute la durée de sa courte existence, le méconium et les urines.

L'autopsie fit voir tous les organes thoraciques et abdominaux en bon état, à l'exception de l'œsophage et de l'estomac. L'œsophage se terminait en cul-de-sac au niveau de la seconde vertèbre dorsale, et n'était représenté, sur une longueur de sept à huit lignes, que par un filament cellulo-fibreux aboutissant intérieurement à une cavité sans issue formée par la portion inférieure de l'organe, de façon qu'il n'existait pas de communication directe entre les portions pharyngienne et gastrique de ce canal, dont la structure, du reste, était normale dans ces deux points. Quant à l'estomac, il manquait en totalité de son grand cul-de-sac à la place duquel existait une large ouverture arrondie, à bords solides et bien circonscrits par des bandes musculaires régulièrement disposées, sans aucune trace d'inflammation ou de ramollissement. Les parois présentaient un

aspect comme poreux, et elles étaient en effet percées d'un grand nombre de petites ouvertures circulaires, dont quelques-unes seulement étaient encore recouvertes par la tunique péritonéale. La couleur et la consistance des bords de ces ouvertures n'offraient rien de pathologique, et paraissaient prouver qu'elles n'étaient autre chose qu'un vice de conformation primitif. (*Siebold's Journal fuer Geburtshuelfe*, t. IX, p. 112.)

Monstruosité remarquable. Description du foetus; *par le doct. Jacinthe Sachero, prof. de méd. prat. à l'Université de Sassari, en Sardaigne.* — Victoire Tedde, native de Sennori, âgée de 36 ans, bien conformée, déjà mère de deux enfans également sains et bien conformés, accoucha pour la troisième fois le 11 février 1830, d'un enfant qui vécut seulement quelques minutes après sa naissance. Voici quelle était la conformation extérieure de cet enfant.

La tête était recouverte de cheveux, et du volume qu'elle présente habituellement chez les enfans à terme : il en était de même du cou, du thorax et des membres supérieurs, dont les mains étaient pourvues d'ongles bien développés. La difformité commençait en avant à la hauteur de l'ombilic, et en arrière aux premières vertèbres lombaires qui se déviaient brusquement de droite à gauche en formant un angle obtus avec le reste du rachis. On voyait que ces vertèbres s'unissaient à l'os iliaque gauche, le seul qui existât. Antérieurement l'abdomen se rétrécissait rapidement, et se déviait pareillement de droite à gauche, terminé par un bassin incomplet, de la base duquel partait un prolongement charnu long de deux pouces, fusiforme, qui se joignait inférieurement presqu'à angle droit à un appendice long d'un pouce, dirigé de gauche à droite, et terminé par un sommet aigu. La peau n'offrait aucune apparence d'altération à sa surface dans toute cette portion terminale du torse; il n'y avait rien qui y indiquât l'ouverture de l'anus ou des voies de la génération : ainsi il n'existait aucun sexe apparent. Voici les résultats de la dissection du cadavre.

Le cœur et les poumons étaient dans l'état naturel. Le foie, plus volumineux que de coutume, était déjeté en grande partie à gauche, par suite de l'obliquité dans ce sens de la cavité abdominale : ce viscère était bien conformé, et recevait la veine ombilicale dans une scissure profonde. L'estomac et les intestins étaient également bien conformés, et dans leur situation normale, à l'exception du colon, dont la portion transverse descendait obliquement au-devant des intestins grêles jusque dans la région iliaque, d'où elle remontait ensuite, en se portant de bas en haut, derrière la paroi antérieure de l'abdomen, avec les artères ombilicales, jusqu'à l'ombilic où l'intestin, qui s'était rétréci progressivement, se terminait par un cul-

de-sac. Les artères ombilicales étaient accompagnées par les deux uretères qui se détachaient de deux reins bien conformés, et se portaient à la vessie urinaire qui s'ouvrait à l'ombilic, point auquel elle se terminait par une extrémité alongée.

L'abdomen était formé en bas par un bassin très-incomplet, puisqu'il n'existait que l'os iliaque gauche avec lequel la dernière vertèbre lombaire s'articulait. Cette vertèbre était cunéiforme, et s'appliquait par une de ses faces contre la paroi interne de l'os de la hanche, au point de jonction des portions iliaques et ischiatiques. Là existait une surface articulaire plane, entourée de ligamens très-résistans qui permettaient à l'os iliaque d'exécuter des mouvemens d'arrière en avant sur le rachis. A la face externe et inférieure de l'os iliaque, on voyait une cavité cotyloïde qui s'articulait avec un os, muni d'une tête arrondie, de deux trochanters, et semblable au fémur. Cet os était situé au centre du prolongement qui terminait le torse informe du fœtus; il se trouvait entouré de fibres charnues; il était recourbé de gauche à droite, et son extrémité inférieure, bien plus grosse que la supérieure, s'articulait à angle presque droit avec un second os alongé, fusiforme, qui occupait le sommet du prolongement conique du torse. Au-devant de l'articulation de ces deux os, il y en avait un petit, arrondi et aplati, analogue à la rotule. Le sacrum et le coccyx manquaient, de même que l'os iliaque droit.

En poursuivant la dissection dans la profondeur de cette demi-excavation pelvienne, on trouva sur les deux côtés de l'épine, un corps membraneux, à bords découpés, auquel adhérait latéralement par un prolongement celluleux, un petit corps ovoïde. Ces deux corps étaient sans doute les trompes de Fallope et les ovaires, mais ils n'avaient inférieurement aucun rapport avec quelque organe analogue à l'utérus dont il n'existait pas la moindre trace. Toutefois, cette circonstance porte à penser que le fœtus était du sexe féminin. (*Annali universali di Med.*, juillet 1830.)

Pathologie.

FONGUS MÉDULLAIRES DU CERVEAU, DES POUMONS ET DE LA GLANDE SURRÉNALE. —*Obs. par le D.r Bergmann.*—Une petite fille, née d'une mère scrofuleuse, fut affectée, à l'âge de 5 mois, d'une éruption à la tête et à l'oreille, qui cependant se dissipa bientôt après, mais fut suivie d'une toux chronique et de constipation alternant avec la diarrhée. L'émission d'urine était toujours accompagnée de cris; la tête paraissait trop grosse; on remarquait de la faiblesse dans le dos, de la difficulté à se redresser. Plus tard, la maladie ayant fait des progrès, l'enfant sommeillait quelquefois pendant des journées entières. Elle

avait de la mémoire et le regard spirituel, mais la parole ne se développa qu'à un faible degré. La tête penchait un peu à droite; les cheveux étaient plus foncés à droite qu'au côté gauche. Ce n'est que douze jours avant la mort que la petite malade perdit connaissance. Elle mourut à l'âge de deux ans et deux mois. Le docteur Bergmann la vit pour la première fois quelques jours avant sa mort et la trouva couchée sur le dos, la tête appuyée sur la main droite; l'œil gauche louchait, tandis que le droit était affecté de larmoiement; l'iris était plus foncé en couleur d'un côté que de l'autre; les pupilles avaient leurs dimensions normales. Le pouls était lent, intermittent, la jambe gauche contractée, la peau froide. La veille de la mort, le pouls devint fréquent et petit, la froideur des extrémités augmenta; enfin, des convulsions terminèrent la vie. On avait employé sans succès l'arnica, le calomel, les purgatifs, le camphre et le musc. — *Autopsie cadavérique.* — Le crâne était plus long et plus large que dans l'état normal; les os qui les composent étaient encore mobiles les uns sur les autres, flexibles et minces comme du carton. La duremère adhérait à l'occipital en plusieurs endroits. Sur la pie-mère des ventricules se trouvaient partout des granulations molles, gélatineuses, blanchâtres, grosses comme des têtes d'épingles. A la base du cerveau, on trouva une demi-livre de sérosité claire, qui provenait probablement des ventricules fortement dilatés du cerveau. Sur le corps calleux, la pie-mère était épaissie et plus dure qu'à l'ordinaire. A la partie antérieure et interne de l'hemisphère droit on trouva un fongus médullaire de la grosseur d'une noix, intimement uni aux parties environnantes du cerveau; un fongus semblable occupait la partie postérieure du ventricule droit, et à la partie inférieure et interne du ventricule gauche, on en découvrit encore un plus volumineux, adhérent au plexus choroïde. Les fongus consistaient dans une substance homogène, d'un gris verdâtre, entourée d'une portion corticale jaunâtre, translucide et épaisse d'une demi-ligne. Autour de ces fongus la substance cérébrale paraissait dégénérée; le poumon gauche était farci de tubercules; un fongus médullaire de la grosseur d'une noix fut trouvé près de l'artère pulmonaire dans la substance du poumon et un second un peu plus haut. La substance de ces fongus était cassante, d'un blanc sale, légère et entourée d'un espèce d'écorce comme les fongus du cerveau. — Les glandes surrénales étaient membraneuses; celle du côté droit contenait un fongus gros comme un pois et semblable du reste aux fongus du poumon. (*Nasse, Jahrbuecher fuer anthropologie*, etc. 1830, 1.^rB.)

Hydrophobie survenue a la suite d'un bain de pied. — *Obs. du docteur Berth.* — M. W. âgé de 40 ans, sujet aux hémorrhoïdes et à l'hypochondrie, avait habituellement une sueur très-abondante aux

pieds, et il avait souvent éprouvé des crampes dans la poitrine. Au mois d'octobre 1825, dans la soirée, il prit un bain de pieds pour se débarasser d'un cor qui lui occasionnait beaucoup de douleur, et pendant ce temps les pieds devinrent très-froids. M. Barth appelé près du malade, à sept heures du soir, le trouva en proie à de violentes convulsions générales qui s'étaient déclarées une heure auparavant. La peau de toute la surface du corps était froide au toucher, le pouls petit et convulsif, mais d'une fréquence naturelle; les mouvemens spasmodiques semblables à ceux de l'opisthotonos revenaient toutes les huit ou dix minutes et duraient environ une minute. On fit plonger les pieds dans de l'eau chaude, et on ordonna pour boisson une légère infusion de fleurs de sureau; mais au moment où le malade voulut porter le liquide à ses lèvres, il fut pris subitement de spasmes des plus violens dans la gorge et dans le pharynx, et la boisson fut aussitôt rejetée avec force; les yeux étaient retournés, le cou énormément gonflé et la tête fortement renversée en arrière; le thorax et l'abdomen étaient soulevés, les pieds et les mains agités de mouvemens convulsifs, et le malade faisait entendre un son rauque, comme une personne qui est sur le point de suffoquer. Les mêmes accidens se renouvellèrent chaque fois qu'on essaya de faire avaler au malade un liquide quelconque. On appliqua des sinapismes sur les parois de la poitrine et aux mollets; on administra un lavement antispasmodique et on fit prendre un pédiluve très-chaud, rendu excitant par l'addition de sel et de cendres. Les accidens se calmèrent peu-à-peu, et à trois heures du matin, M. W. pouvait avaler sans difficulté les boissons qu'on lui présentait; une sueur générale et des plus abondantes, surtout aux pieds, termina complètement cet accès convulsif. (*Rust's Magazine*, t. xxvij, etc. *The London med. and phys. Journal*. Janvier 1830.)

Sur les effets et le traitement de la morsure des serpens venimeux du Paraguay; *par le docteur Rengger*. — Pendant un séjour de six ans, dans l'Amérique du Sud, l'auteur a étudié avec soin les effets du venin des serpents sur l'homme, et il s'est attaché à rechercher quelle est la meilleure méthode de traitement pour combattre les accidens graves qui en résultent. Il fait d'abord observer qu'on ne doit guère ajouter foi à ce que les voyageurs ont dit jusqu'à présent sur ce sujet. En effet, leurs rapports sont le plus souvent contradictoires, et fréquemment même s'écartent beaucoup de la vérité; ce qui provient, suivant lui, de ce qu'ils n'ont pas observé par eux-mêmes, mais qu'ils se sont bornés à recueillir les contes faits par les naturels du pays, qui non-seulement se plaisent à mystifier les étrangers, mais aussi n'établissent aucune distinction entre les serpens venimeux et ceux qui ne le sont pas. Le docteur Spix lui-même, dans

son ouvrage sur les serpens du Brésil, est tombé par la même cause dans un grand nombre d'erreurs.

Le Paraguay, d'après les observations de M. Rengger, contient plusieurs espèces de serpens venimeux qui appartiennent principalement aux genres *Crotale*, *Bothrops*, *Lachesis*, *Cophias et Elaps*. La morsure de ces diverses espèces produit dans les mêmes circonstances les mêmes effets; seulement celle des plus grosses espèces est, toutes choses égales d'ailleurs, la plus dangereuse, simplement, parce qu'elles ont une plus grande quantité de venin, et qu'elles font des blessures plus profondes; le venin des petites espèces, accumulé en quantité suffisante, est tout aussi redoutable. Ainsi, les morsures simultanées de six petits serpens à sonnettes seulement âgés de trois jours firent périr en quelques heures un jeune chat, tandis qu'un autre de ces animaux mordu par un seul de ces petits crotales n'éprouva aucun accident. Les effets de la blessure sont toujours plus à redouter lorsque l'animal a été irrité avant de mordre; c'est pourquoi il est beaucoup plus dangereux d'être blessé par un serpent, lorsqu'on veut le saisir ou qu'on cherche à le tuer, que lorsque par hasard on se trouve à sa portée. Le froid diminue considérablement le danger de la morsure, d'abord, parce que le venin est secrété en moindre quantité, et parce que l'animal engourdi ne peut mordre avec autant de force. L'activité du venin est moindre aussi et par les mêmes raisons, pendant le temps du changement de peau. Elle est, au contraire, à son maximum d'intensité, au moment où l'animal sort de la torpeur produite par le froid ou par la mue. Les blessures les plus profondes, celles qui sont faites aux parties très vasculaires sont les plus graves, surtout lorsque le crochet venimeux a pénétré dans un vaisseau sanguin. La constitution des individus a une grande influence sur les résultats de ce genre de blessure; les personnes faibles et cachectiques sont toujours plus gravement affectées; celles qui sont phlegmatiques et courageuses courent moins de dangers que celles qui s'effrayent facilement; celles dont le pouls est rapide, soit habituellement, soit au moment de l'accident, sont plus promptement affectées que celles dont le pouls est lent. Quelques voyageurs ont assuré que la morsure des serpens venimeux est plus grave pour les européens que pour les créoles blancs et surtout pour les indigènes; les observations du docteur Rengger lui ont prouvé d'une manière incontestable que cette opinion est fausse; les Américains, les Nègres, les Européens et les Métis, éprouvent tous les mêmes accidens, dans des circonstances semblables.

Les symptômes produits par la morsure des reptiles venimeux diffèrent suivant la force et la quantité du venin. Dans les circonstances les plus défavorables, la vie peut s'éteindre en quelques minutes.

L'auteur a été témoin de deux cas de ce genre : l'un est celui d'un enfant indien, âgé de deux ans, qui, en jouant sur l'herbe devant la hutte de ses parens, fut mordu à la joue immédiatement au-dessous de l'œil par un graud serpent à sonnettes. Dix minutes après, le docteur Rengger le trouva à l'agonie, quoique la mère n'eût pas cessé de sucer avec force la blessure, depuis le moment de l'accident.

La face était pâle, les yeux à demi-fermés, la bouche entr'ouverte, la peau flasque sur toute l'habitude du corps, les extrémités froides et insensibles, les pulsations du cœur irrégulières, tremblantes et presque imperceptibles, la respiration lente et pénible, et la peau couverte d'une sueur froide et gluante. Trois ou quatre minutes après, il apperçut quelques légers mouvemens convulsifs dans les muscles de la face, et après trois ou quatre inspirations profondes et stertoreuses, l'enfant rendit le dernier soupir. La blessure consistait en deux petites piqûres comme celles que pourrait faire une grosse aiguille, donnant issue à une sérosité rougeâtre et entourées d'un peu de rougeur et d'œdème dépendant probablement de la suecion. En examinant le cadavre quelques beures après la mort, le docteur Rengger trouva que les crochets avaient pénétré dans le trou sous-orbitaire, mais sans léser d'une manière sensible, ni les nerfs, ni les vaisseaux. Les sinus de la dure-mère étaient gorgés de sang, les vaisseaux de la pie-mère fortement injectés, les ventricules du cerveau vides de sérosité, la substance de l'organe dans l'état naturel, les poumons, le ventricule droit du cœur et les veines caves remplies de sang qui ne paraissait avoir subi aucune altération, enfin les intestins intacts. Dans le second cas, un garçon de trois ans, très-robuste, fils d'un créole blanc, avait été mordu à l'avant-bras gauche, par un Scythole (*Lachesis rhombeata*, Daudin) et mourut en moins d'une demi-heure. M. Rengger apprit que quelques instans après l'accident l'enfant s'était plaint d'une extrême lassitude, d'une grande anxiété et d'une soif très-vive; qu'il avait vomi deux ou trois fois, qu'il avait été pris de mouvemens convulsifs des extrémités et qu'il était mort absolument comme le premier. Les dents de l'animal avaient pénétré dans la veine céphalique; il n'y avait ni rougeur, ni gonflement autour des petites plaies; les parens s'opposèrent à l'examen du cadavre.

Le plus ordinairement, cependant, le poison n'agit pas avec autant de rapidité; une réaction s'opère dans l'économie et donne lieu à divers phénomènes. Dans les cas les plus graves la morsure est promptement suivie d'un grand malaise, d'anxiété, de prostration des forces, de rougeur et de pâleur alternatives du visage, de nausées et d'irrégularité du pouls. En même temps les alentours de la blessure se gonflent, prennent une teinte bleuâtre, sans qu'il y ait cependant de l'inflammation; mais ces phénomènes sont dus à l'épanchement

qui s'y opère d'un sang dissous ou décomposé. Il ne se manifeste pas toujours de la douleur dans le lieu affecté. A la suite de ces symptômes surviennent rapidement la fréquence du pouls, des vertiges, de vives douleurs de tête, des vomissemens et quelquefois de la diarrhée; les matières vomies, de même que les déjections alvines, sont ordinairement bilieuses. L'urine, d'abord claire, prend bientôt une couleur jaune brunâtre. A ces symptômes viennent se joindre des sueurs froides, abondantes et souvent partielles, et une soif brûlante; le malade demande avec instance de l'eau froide et de l'air frais; la langue devient jaune et tremblante; le membre affecté se gonfle, la lividité d'abord bornée aux environs de la morsure, s'étend rapidement; la face prend un aspect terreux et exprime le plus profond abattement; les membres sont agités de tremblemens et même de mouvemens spasmodiques; enfin la sensibilité semble beaucoup diminuée. C'est alors qu'on commence à observer les phénomènes qui dépendent de la décomposition du sang; des pétéchies se montrent à la surface du corps; la blessure et quelquefois même le nez, les yeux et les oreilles laissent échapper un sang noir et très-fluide; les déjections alvines et urinaires en sont souvent mêlées. Le malade perd alors connaissance, le pouls devient insensible, la respiration faible et stertoreuse, et enfin la mort vient mettre un terme à cette scène de douleur. Quelquefois, au moment où les signes de décomposition du sang se manifestent, tout le corps et surtout l'abdomen se tuméfient fortement, et dans un ou deux cas, le docteur Rengger a observé la rupture des veines sous-cutanées. La maladie que nous venons de décrire, peut se terminer par la mort, en moins d'une douzaine d'heures; elle peut aussi se prolonger jusqu'à quatorze ou quinze jours. Dans ce dernier cas, le malade est dans un état de stupeur, avant l'apparition des signes de décomposition du sang; dans le premier, ces signes peuvent ne pas exister, mais après la mort un sang noir et liquide s'écoule par toutes les ouvertures naturelles. Lorsque la maladie a marché lentement, la moelle épinière, et même diverses parties du cerveau présentent un état de ramollissement et sont quelquefois mêmes réduites en une sorte de pulpe. On trouve épanché dans les grandes cavités une quantité considérable de sérosité rougeâtre; les poumons et le foie sont gorgés de sang noir; enfin, l'estomac et les intestins sont parsemés de plaques d'apparence gangréneuse. Le tissu cellulaire des parties voisines de la blessure est frappé de gangrène, et il s'écoule du sang liquide et altéré des incisions faites dans l'épaisseur des parties gonflées.

Dans les cas qui ne doivent pas être mortels, les symptômes sont de la même nature, ils sont beaucoup moins violens, et surtout les signes de la décomposition du sang sont moins distincts; les environs

de la blessure, au lieu de devenir livides et œdémateux, sont le siége d'une inflammation érysipélateuse, et la piqûre elle-même laisse échapper un ichor rougeâtre. Après l'apparition de cette inflammation, les symptômes de l'affection générale diminuent, et la maladie se borne à une affection locale; cependant la fièvre augmente un peu, et à une époque qui varie du troisième au septième jour, des sueurs copieuses, ou une diarrhée bilieuse accompagnée d'urines briquetées, annoncent la cessation du danger. La convalescence est très-longue; les parties qui environnent la blessure sont souvent frappées de gangrène dans une grande étendue; le malade conserve long-temps un aspect cachectique et une faiblesse extrême; souvent il perd tous ses cheveux; enfin l'ulcération qui résulte de la chute des escarrhes se cicatrise lentement. Lorsque la morsure a été faite aux pieds ou aux mains, il arrive quelquefois que les os sont frappés de nécrose.

Le traitement dont M. Rengger a obtenu les meilleurs effets consiste dans l'emploi simultané des moyens externes et internes. Si la morsure intéresse un doigt ou un orteil, il regarde l'amputation immédiate comme le moyen le plus sûr d'empêcher le développement des accidens. Lorsque la blessure a lieu dans d'autres parties, il conseille de la scarifier profondément et même d'enlever les parties voisines, puis d'y introduire un acide minéral quelconque étendu d'eau, de l'ammoniaque liquide ou bien une solution de potasse. Lorsqu'on n'a aucune de ces substances sous la main, il faut couvrir la surface scarifiée d'une poudre irritante, telle que celle de cantharides, de poivre rouge, de poudre à canon ou toute autre substance capable d'exécuter une prompte inflammation. Dans tous les cas où il peut employer ces moyens immédiatement après l'accident, notre auteur assure qu'il a constamment réussi. Une ligature très-serrée, appliquée sur le membre, entre le cœur et la blessure, est un moyen palliatif qu'on met ordinairement en usage, jusqu'à ce qu'on puisse avoir recours à ceux que nous venons d'indiquer. Lorsque le venin a pénétré dans l'économie avant qu'on ait pu avoir assistance du médecin, M. Rengger administre ordinairement un émétique; il a observé, en effet, que les personnes qui vomissent abondamment, immédiatement après avoir été mordues, sont beaucoup moins gravement affectées que les autres. Il a recours ensuite aux stimulans diffusibles, tels que le carbonate d'ammoniaque; et lorsque ces moyens produisent une abondante diaphorèse, on voit ordinairement la prostration nerveuse, symptôme le plus grave, diminuer graduellement. Aussitôt que la sueur se montre, on cesse l'emploi des stimulans, et on administre à hautes doses le camphre, la serpentaire de Virginie, ou des infusions de plantes qui contiennent des huiles volatiles. Ces moyens sont con-

tinués, malgré l'élévation du pouls jusqu'à ce que l'inflammation se développe autour de la blessure, inflammation que l'auteur regarde comme de la plus haute importance pour la réussite du traitement. S'il survient quelques signes de décomposition du sang, il a recours au quinquina, à l'éther et aux vésicatoires, le long de l'épine dorsale. Lorsque tous les accidens généraux ont cédé, la blessure doit être recouverte d'applications stimulantes et antiseptiques. Il arrive quelquefois que, même après que les symptômes generaux ont disparu, les malades tombent dans une sorte de cachexie avec tendance à l'engorgement des ganglions lymphatiques, et à l'hydropisie; dans ces cas on doit recourir aux toniques généraux et aux diurétiques.

Le traitement suivi par les naturels du Paraguay n'a presque pas d'efficacité. Ils ont foi en diverses remèdes, mais bien évidemment sans avoir aucune base certaine à cet égard, car il ne savent pas distinguer les espèces de reptiles venimeux de celles qui ne le sont pas, de sorte qu'ils ne peuvent avoir aucune certitude de l'efficacité des moyens qu'ils emploient. Les nègres coupent la partie mordue; les naturels se bornent à sucer la blessure et à y appliquer ce qu'ils nomment la pierre à serpens; c'est un combinaison d'os brûlés et de chaux ou d'argile calcinée. Si la morsure existe à un doigt ou à un orteil, ils appliquent quelquefois une ligature serrée au point de frapper de mort la partie. Le plus souvent ils se contentent d'y appliquer les feuilles, les racines ou les écorces bouillies de diverses plantes qui passent pour antidotes contre ce genre de blessures. Mais tous ces remèdes sont absolument inertes, et le docteur Rengger nie positivement que les Indiens possèdent aucun antidote réel, comme le prétendent tous les voyageurs. Il fait observer que, s'ils avaient possédé un tel secret, ils l'auraient depuis longtemps vendu aux européens, pour se procurer des liqueurs fortes. En outre, pendant tout le temps de son séjour dans ce pays, et malgré les recherches les plus actives, il n'a jamais pu découvrir aucun indien possesseur d'un tel secret; et au contraire il a souvent vu périr de ces hommes, en dépit de tous les moyens employés par leurs compatriotes pour les sauver. Il a fait de nombreuses expériences avec une plante qui passe généralement dans le pays pour un antidote contre la morsure des serpens, qu'on recueille et qu'on vend comme telle, et il l'a trouvée complètement inerte. (*Meckel's Archiv für Anatomie und Physiologie*, 3.e cahier 1829, et *Edinburg med. and Surg. Journ.* Juillet 1830.)

Empoisonnement par le pain moisi. — *Obs. par M. le docteur Westerhoff.* — M. le docteur Westerhoff fut appelé, en 1826, auprès de deux enfans appartenant à un pauvre ouvrier, chez lesquels des accidens assez graves s'étaient manifestés simultanément. L'aîné, âgé de dix ans, avait le visage rouge et plus ou moins gonflé; le regard

était animé et effaré, la langue sèche, le pouls faible et accéléré; céphalalgie, étourdissemens; soif inextinguible, coliques violentes; envies de dormir et vomituritions alternatives; enfin vomissemens subits et évacuation alvine très-abondante; après quoi, abattement très-grand, indifférence à tout, et sommeil par momens. Le cadet, âgé de huit ans, était un peu plus fortement affecté que son frère; chez lui aussi des vomissemens survinrent et procurèrent quelque soulagement. M. Westerhoff ayant appris qu'ils n'avaient mangé la veille qu'un morceau de pain de seigle vieux et moisi, prescrivit un traitement adoucissant, qui ne tarda pas à les ramener à la santé.

Quelque temps après, des bateliers ayant mangé du pain de seigle, également moisi, provenant de la provision de vivres qu'ils avaient faite pour plusieurs jours, furent pris d'accidens semblables, mais ils en furent bientôt délivrés par des vomissemens qui eurent lieu spontanément. — Le docteur Westerhoff demande si cette espèce d'empoisonnement reconnaît pour cause l'altération de la qualité du pain, ou la végétation à laquelle on a imposé le nom de moisissure (*mucor*, *mucedo*). (*Bijdragen tot de naturkund. Wetenschapp*; t. IV, p. 110.)

Anévrysme de l'aorte abdominale. — Un jardinier, âgé de 49 ans, d'une forte constitution, et qui avait eu plusieurs affections syphilitiques, qu'on avait traitées à l'aide du mercure, éprouva, dans le courant de l'été 1825, une perte d'appétit, un trouble général des fonctions digestives, une sensation de pression dans l'épigastre, particulièrement à la partie gauche de cette région, et enfin une douleur perforante au même endroit, douleur qui s'accroissait après l'ingestion des alimens, mais cependant sans déterminer de vomissemens. Ces divers accidens, auxquels se joignait une insomnie continue, dataient d'une chute du haut d'un arbre, que le malade avait faite quelques semaines auparavant, et dans laquelle le point où se faisait sentir la douleur avait été frappé par une branche saillante. M. le docteur Brunn, médecin à Koethen, fut consulté, et trouva le sujet dans l'état suivant: point de fièvre; aucun symptôme gastrique, nulle distension de la région hypochondriaque ou épigastrique, mais seulement un battement faible, isochrone avec les pulsations du cœur (et qui fut attribué à l'artère cœliaque); nul changement visible ou sensible au dos; excrétions alvines et urinaires normales. Des sangsues, des fomentations froides, des boissons rafraîchissantes, puis l'oxyde de bismuth furent successivement employés; et, si ces divers moyens ne guérirent pas la maladie, au moins ils soulagèrent le malade, qui d'ailleurs pouvait vaquer à ses travaux accoutumés, et ne venait consulter le médecin que lorsqu'il se trouvait plus mal. De temps en temps, et sans cause connue, la région de l'estomac deve-

nait le siége de douleurs plus vives, douleurs qui se calmaient par la position en travers dans le lit (cette position était en général celle qui procurait le plus de soulagement).

Le malade changea peu, il perdit seulement de son embonpoint et devint faible; quelques semaines avant sa mort, il ressentait des pulsations à l'épigastre, quelques douleurs dans le dos, un peu de dyspnée, sans cependant présenter rien qui annonçât l'existence des lésions qui caractérisent l'asthme; le symptôme surtout prédominant, était une *insomnie cruelle*. (Ce symptôme rend surtout ce cas remarquable.) Il n'y avait ni gonflement des organes abdominaux, ni œdème, et cet homme, qui n'avait aucune crainte sur sa position, continua, quoique avec difficulté, en raison de sa prompte lassitude, à se livrer à de légers travaux de jardinage jusqu'au 16 septembre 1825, jour où il s'occupa encore à planter des arbres. Mais le matin du 17, en allant dans sa cour pour se laver, il éprouva subitement sa douleur d'estomac à un degré très-élevé, et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'il parvint à se traîner jusqu'à son lit, sur lequel il tomba en syncope; les extrémités étaient froides, le pouls petit, très-fréquent et affaissé; des sueurs froides se montrèrent, et ces accidens se terminèrent par la mort trois heures après leur apparition.

Le lendemain matin, l'autopsie fut faite. On trouva, dans la cavité abdominale, le grand épiploon recouvert d'une couche de sang coagulé, d'environ six lignes d'épaisseur : ce sang était venu de dessous le cartilage xyphoïde, et se continuait par cette ouverture, avec une autre masse de sang coagulé et infiltré dans le petit épiploon, auprès de la petite courbure de l'estomac. Cette infiltration s'étendait vers le diaphragme, et avait pénétré jusques dans la cavité thoracique gauche où il comprimait le poumon; le volume de cet organe, à gauche, était réduit de plus de moitié, et le sang y adhérait avec tant de force, tant à sa base qu'à ses faces, qu'il paraissait former avec lui une masse continue. Le cœur était dans sa position normale. La partie inférieure de la cavité abdominale offrait une grande quantité de sang extravasé, liquide, dont la source était un anévrysme rompu de l'aorte abdominale. A sa sortie du diaphragme, l'aorte offrait, sur sa paroi antérieure, une tumeur du volume du poing à peu-près, ayant deux pouces de diamètre à la base et présentant un contour bosselé, et se terminant en pointe obtuse du côté opposé à la base. La rupture qui avait eu lieu sur cette pointe était longitudinale, et pouvait donner passage au petit doigt. Dans le point correspondant à la tumeur, l'aorte était légèrement dilatée dans tout son contour; mais supérieurement et inférieurement, elle avait son calibre naturel, et ses parois n'avaient subi aucune altération. Immédiatement au-dessous de l'anévrysme venait s'aboucher l'artère cœliaque non-dilatée,

L'orifice anévrysmal avait un pouce de diamètre sur l'axe longitudinal, et ses bords étaient un peu épaissis et arrondis, comme ceux du trou ovale dans le cœur, un prolongement de la membrane interne qui tapissait le bord supérieur s'étendait dans l'orifice et y formait une espèce de valvule qui pouvait détourner la colonne du sang de l'entrée de la tumeur; d'ailleurs les bords de l'ouverture étaient lisses, et la membrane interne de l'aorte les recouvrait et parvenait au-delà sans aucune interruption. La surface du sac anévrysmal était recouverte de couches stratifiées de fibrine; les parois du sac étaient plus minces et moins consistante que celles de l'aorte; leur friabilité augmentait vers la pointe du sac. — Les poumons étaient parsemés de petits tubercules; le ganglion sémi-lunaire et les plexus voisins étaient enveloppés dans un tissu cellulaire condensé et entouré de sang épanché. Il n'y avait, d'ailleurs, rien d'anormal ni dans la cavité de l'abdomen, ni à la colonne vertébrale. (*Heidelb. klinische Annalen*, t. V, p. 305.)

Inflammation de la veine cave inférieure; œdème des membres inférieurs, circulation par anastomose. — *Obs. par. M. Hourmann.* — Au n.° 19 de la salle Saint-Raphaël (Pitié), est entré, le 8 mai, un homme âgé de 50 ans, exerçant le métier de porteur. Sa constitution semble assez forte, et il jouit habituellement d'une bonne santé. Quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, il est tombé dans un escalier, le côté droit de la poitrine a porté violemment sur les marches. Cependant il put se relever seul; on lui a appliqué des sangsues; mais une douleur sourde a persisté. Quinze jours après environ, il s'est aperçu d'un gonflement au pied droit, puis bientôt dans tout le membre inférieur de ce côté. Une douleur, qu'il comparait à une *sensation de gêne*, existait dans l'aîne correspondante, principalement quand il essayait de marcher. Le gonflement du membre droit a été progressivement en augmentant, la sensation de gêne à l'aîne s'est également étendue dans la fosse iliaque, et alors le membre gauche, qui était resté intact et libre, a commencé à s'infiltrer.

C'est dans cet état qu'on a observé le malade à l'hôpital. Il n'y avait, d'ailleurs, aucun trouble fonctionnel marqué du côté des viscères, et, à part son *enflure*, il ne se plaignait point. M. Louis a diagnostiqué une phlébite, dont le premier siége était la veine crurale droite, et qui avait successivement envahi la veine iliaque externe, l'iliaque primitive, et enfin la veine cave inférieure. Jusqu'à ce que cette dernière ait été atteinte, le membre gauche, dont la circulation n'éprouvait aucun obstacle, était demeuré étranger à l'infiltration, mais dès ce moment il avait dû être envahi. Aucune veine, à cette époque, ne faisait encore, à l'extérieur des membres,

une saillie très-prononcée; cependant, dans la direction des saphènes internes, on sentait quelque rénitence; la paroi antérieure du ventre n'offrait également rien de notable dans la disposition des vaisseaux veineux à sa surface. Le diagnostic de M. Louis n'a pas tardé à être pleinement justifié. En effet, en peu de jours on a vu se développer, à partir du pli de l'aîne, plusieurs veines qui, se portant en rampant sur la paroi abdominale, ont monté de plus en plus vers la base de la poitrine. Une entre autres, et de chaque côté, s'est élevée jusqu'aux environs de l'aisselle. Le volume de ces veines a d'abord été peu considérable, mais il s'est accru bientôt, et pour les longues veines qui gagnaient l'aisselle, il a atteint celui d'une grosse plume d'oie. Si l'on comprimait, on voyait le sang stagner au-dessous du doigt et s'accumuler vers le pli de l'aîne; si l'on vidait préalablement la veine, en poussant le sang vers la poitrine, on voyait le sang se précipiter du même point (le pli de l'aîne) vers celui de la compression, et remplir à l'instant le vaisseau. A partir de l'apparition de ces veines, on n'a pu douter d'un obstacle au trajet du sang veineux des extrémités inférieures par les voies ordinaires, et de l'établissement d'une circulation supplémentaire. Le sang arrivé à l'aîne, ne pouvant franchir la veine crurale, s'est échappé par l'orifice d'immersion de la saphène, et de là, renversant par son impulsion l'ordre du cours naturel de celui qui arrive des parois abdominales, il s'est frayé un passage vers le cœur par les veines tégumenteuses; une d'elles s'abouchant avec une thoracique, décharge le fluide dans le tronc axillaire, et la veine cave supérieure le verse enfin dans l'oreillette droite.

Le malade n'a éprouvé que peu d'accidens; quelques indices de pleuro-pneumonie à gauche ont fait craindre momentanément les suites si ordinaires de la phlébite, le transport du pus dans le torrent circulatoire. Mais combattus à temps, ces symptômes graves ont été promptement dissipés. M. Louis s'est borné, pour toute médication active, à la saignée assez répétée. Moyennant ces saignées et les efforts admirables de la nature, l'œdème a presque complètement disparu. Le 27 juin, le mieux était assez marqué pour que le malade songeât à quitter l'hôpital. (*La Lancette française*, III, 247.)

Tumeur cancéreuse intermédiaire a l'estomac et au foie, communication de ces deux organes. — *Obs. par le docteur Nisle.* — Un ancien militaire, âgé de 66 ans, d'une constitution faible, adonné à l'usage de l'eau-de-vie, se plaignait depuis quelques années de digestions difficiles, de sensations douloureuses dans la région de l'estomac, de nausées suivies plus tard de vomissemens fréquens. Au mois de février, il vomit subitement une portion considérable de sang noir en caillots; il en passa également beaucoup avec les sel-

les, après quoi le malade se sentit mieux qu'avant cet accès. Un autre accès, cependant, survint au bout de six semaines, et fut suivi d'une grande prostration, de douleurs lancinantes dans l'hypochondre gauche, douleurs qui s'étendaient quelquefois jusqu'au creux de l'estomac, et même jusqu'à l'épaule gauche. Le pouls était petit et fréquent, la peau sèche, la respiration libre, l'abdomen moû, non tuméfié, mais douloureux à la pression dans la région de la rate. Le malade se rétablit peu à peu; au bout de six semaines, il se trouva bien, et resta dans cet état pendant quelques semaines, jusqu'à ce qu'un jour, en sortant de sa maison, il tomba mort sur le pavé. A l'ouverture du cadavre, on trouva une livre et demie de sérosité dans la poitrine. Les parois abdominales étant incisées, on aperçut une tumeur du volume d'un poing, qui s'étendait de la petite courbure de l'estomac, à travers le petit épiploon, jusqu'au lobe gauche du foie, auquel elle adhérait fortement. Cette tumeur était irrégulière, bosselée et luisante à sa surface, et entourée d'un grand nombre de tumeurs semblables, mais plus petites, et disséminées entre les deux lames de l'épiploon. Le tissu de ces tumeurs avait la consistance et l'aspect d'un cartilage; des expansions tendineuses de la grande tumeur s'enfonçaient dans l'intérieur du foie jusqu'à la profondeur d'un pouce; de semblables expansions se perdaient entre les parois épaissies et durcies de l'estomac. Dans l'intérieur de la tumeur se trouvait une cavité de l'étendue d'un œuf de poule, et contenant une sanie putride d'un gris verdâtre. Cette cavité communiquait, d'un côté, avec l'estomac, dont les parois étaient percées, et de l'autre, avec le foie, au moyen d'un canal qui s'engageait profondément dans cet organe. Le tissu du foie n'était, du reste, pas altéré, mais le pylore était endurci. La rate, qu'on aurait pu croire malade à cause du siége des douleurs, ne présentait aucune altération. (*Horn's Archiv*, *etc.*, 1829, sept. et octob.)

Thérapeutique.

Traitement de la chorée par les affusions froides. — La chorée, ou danse de Saint-Guy, névrose des organes actifs de la locomotion, dont la nature est inconnue et dont le siége n'est point encore fixé, est au nombre des affections dont le traitement est encore tout-à-fait empirique. M. Dupuytren, depuis de longues années, emploie avec un succès presque constant une méthode de traitement très-simple et facile à mettre en usage. Ce sont les bains froids et les affusions froides, suivant les cas. Voici comment il l'exécute : le malade est saisi par deux hommes, qui lui tiennent, l'un les deux bras, l'autre les deux jambes, et qui font passer rapidement tout son corps entre

deux lames de l'eau froide contenue dans une baignoire. Ce passage ne dure qu'un instant, et doit être répété cinq ou six fois dans l'espace d'un quart d'heure ou vingt minutes à-peu-près. Cette immersion dans l'eau froide produit un spasme des plus violens des muscles, et particulièrement de ceux de la poitrine. La sensation que le malade éprouve est des plus désagréables; il croit à chaque instant qu'il va suffoquer; mais l'habitude diminue un peu cette sensation pénible. Après cette immersion, on essuie les malades avec soin, et on les fait promener et prendre un exercice assez violent pendant une demi-heure, une heure. Au bout de quelques jours, une amélioration notable se fait presque constamment remarquer, et après un temps quelquefois très-court, quinze jours, un mois, par exemple, une chorée durant depuis quelques années, est tout-à-fait dissipée; il n'en reste pas la moindre trace. Les simples affusions d'eau froide sur la tête, et par suite sur tout le corps, le malade etant assis dans un fauteuil, affusions répétées sept ou huit fois de suite, ont un effet à-peu-près semblable et aussi heureux. Ce sont les femmes auxquelles M. Dupuytren fait ordinairement administrer ce dernier mode de traitement.

Obs. I.re — Le nommé Repsie, habitant la campagne, âgé de 16 ans, d'une constitution sèche et grêle, entra à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours du mois d'avril 1830. Depuis plusieurs années, il était atteint d'une chorée qui ne lui avait jamais laissé un seul jour la possibilité de régulariser les mouvemens de ses membres, leur mobilité était extrême et désordonnée, les supérieurs comme les inférieurs étaient également affectés : le bras droit paraissait cependant plus malade que les autres membres; il vacillait de mille manières. Le visage ne présentait que de faibles traces de la maladie. Le malade se balançait continuellement, malgré les efforts très-bizarres qu'il faisait pour se maintenir immobile; enfin, sa marche était tellement difficile, incertaine, ridicule, que ses parens le portèrent eux-mêmes à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Il fut reçu dans le service de M. Dupuytren, et couché dans la salle Sainte-Agnès. On le mit à l'usage d'une tisane faite avec une décoction de valériane sauvage, et des bains d'eau froide furent administrés, ainsi que nous l'avons dit plus haut, c'est-à-dire qu'ayant été saisi par deux hommes qui le tenaient l'un par les bras, l'autre par les jambes, son corps fut rapidement, et à plusieurs reprises, passé entre deux lames d'eau froide. Chaque jour il fut soumis à l'usage de ces bains. Au quatrième, une amélioration notable se faisait déjà remarquer. Les mouvemens des membres étaient moins brusques, moins désordonnés; le malade semblait en être plus maître. Les bains froids furent exactement administrés chaque jour; la guérison faisait graduellement des progrès; bientôt le malade put

maîtriser assez bien les mouvemens de ses membres supérieurs, puis marcher d'une manière moins incertaine et plus régulière. Cinq semaines après l'usage de ce traitement par les bains froids et celui de la décoction de valériane sauvage à l'intérieur, le malade était tout-à-fait débarrassé de son infirmité; il sortit le 15 mai 1830.

Obs. II.e — La sœur du malade précédent, âgée de 13 ans et demi, entra à l'Hôtel-Dieu dans le mois de mai 1830, et fut couchée au n.° 20 de la salle Saint-Jean. Non réglée et douée d'une constitution assez frêle, mais n'ayant jamais été atteinte de maladie grave, elle fut prise, il y a trois ans environ, des symptômes de la chorée. La jeune fille ne pouvait indiquer aucune cause à laquelle on pût rapporter cette affection. Cette maladie, qui ne fut combattue par aucun traitement particulier, dura un an, et se dissipa seule. Il y a trois mois que les mêmes symptômes reparurent avec une nouvelle violence. Elle entra à l'Hôtel-Dieu quelques jours avant la sortie de son frère, si heureusement débarrassé de sa maladie par l'usage des bains froids. Tout le corps était affecté chez cette jeune fille; les deux côtés l'étaient également. L'irrégularité des mouvemens, sans être extrême ni désordonnée comme elle l'était chez son frère, l'empêchait cependant de pouvoir diriger son corps en totalité, ou quelques-unes de ses parties seulement, ses pieds, ses bras, ses mains, vers un but quelconque et sans beaucoup de peine et sans faire mille contorsions ou grimaces. Quand elle était debout, son corps se balançait continuellement, etc. Dès le 16 mai, elle fut mise à l'usage unique des affusions d'eau froide. Dès le premier jour on en fit douze. Elles furent administrées à partir des épaules, la malade étant assise dans un fauteuil pour bains. Chaque jour ces affusions furent régulièrement continuées, aucun autre médicament interne ou externe ne fut employé. Le 28 mai, la jeune malade fut présentée à l'amphithéâtre. Il ne lui restait presque plus de traces de la maladie, que douze jours auparavant les mêmes personnes avaient pu voir portée à un assez haut degré. C'est donc à l'usage des bains froids seulement que la malade doit sa guérison, et c'est pour en constater surtout l'efficacité que M. Dupuytren avait bien recommandé de n'employer rien autre chose.

Une troisième malade, atteinte de chorée depuis un mois, fut guérie par le même moyen, après trois semaines de séjour à l'hôpital. (*Journ. hebdom.*, VII, 421.)

Hémorrhagie utérine. transfusion. — M.me G. âgée de 36 ans, était au troisième mois de sa cinquième grossesse, lorsque sans cause connue, elle éprouva, le 19 août 1829, à midi, d'assez vives coliques, qui furent suivies d'un écoulement de sang par la vulve. Cette hémorrhagie, d'abord peu abondante, devint de plus en plus inquiétante

vers le soir, au point de donner lieu à des syncopes, qui se succédaient rapidement; (compresses d'oxycrat à la glace sur le bas-ventre, les cuisses et les parties génitales). Peu de suspension dans l'écoulement du sang. (tamponnement). La perte paraît arrêtée; mais au bout d'une heure, le tampon est expulsé pendant les coliques. (nouveau tamponnement). Après chaque colique, il laisse échapper quelque peu de sang par la partie inférieure de la vulve. Dès-lors, défaillance complète: le pouls s'efface, un froid général se répand sur tout le corps, les yeux s'obscurcissent, et la vie semble prête à s'éteindre. (Le tampon est enlevé avec précaution; ventouses sèches sur les mamelles, linges chauds sur la poitrine et les extrémités, injections d'eau fraiche vinaigrée). La malade ne recouvre que momentanément ses sens; le pouls s'éteint, on sent encore un frémissement sourd dans la région précordiale. Rien ne change pendant trois heures, M. Goudin imagine de recourir à la transfusion. Il se sert d'une seringue ordinaire, de 8 onces; il la chauffe dans de l'eau au degré de chaleur du corps; il incise la médiane céphalique, ce qui est senti par la malade. Quelques gouttes de sang noir s'écoulent par l'incision; il reçoit alors dans la seringue chauffée du sang qu'il tire d'une fille robuste. Il en remplit les deux tiers; la canule est adaptée; on s'assure qu'il n'y a point d'air en faisant sortir un jet de sang. Quatre onces environ sont transfusées doucement; la femme Gaudin reprend ses sens, et dit qu'elle a senti la chaleur le long de son bras. Dès ce moment la malade s'est rétablie. Sa guérison a été secondée par un traitement approprié à l'hémorrhagie, et par du sulfate de quinine contre des paroxysmes tierces. (*Journ. des Progrès*, 2.me Série, t. II, p. 236).

Nouveau moyen pour guérir les crevasses de la partie antérieure de l'urètre. — *Par le docteur Barthelemy.* — M.*** officier de gendarmerie, avait depuis plusieurs années des rétentions d'urine auxquelles il remédiait en s'introduisant une sonde qu'il portait constamment avec lui. Un jour qu'il éprouva une résistance plus grande qu'à l'ordinaire, il voulut la surmonter, et se fit une fausse route à la portion membraneuse du canal. Aussitôt l'urine s'infiltra dans le tissu cellulaire, un abcès urineux en fut la suite, et donna naissance, en s'ouvrant, à une fistule par laquelle le malade urina pendant deux ans. Cependant cette fistule allait toujours en se rétrécissant, et finit par s'oblitérer: dès-lors les urines reprirent leur cours naturel; mais depuis cette époque une blennorrhagie incommoda le malade. Un jour il s'aperçut que le gland, dont le volume était sensiblement augmenté offrait sur toute la périphérie de petites ulcérations; et son étonnement fut au comble lorsque chacune d'elles donna passage à un filet d'urine, ce qui rendait son gland exactement semblable à une

tête d'arrosoir. C'est dans cet état que M.*** entra à l'hôpital du Val-de-Grâce, en 1826.

Plusieurs tentatives furent faites pour passer une sonde dans la vessie, mais l'instrument se trouvait constamment arrêté au point où avait existé l'ancienne crevasse. Un praticien justement célèbre pour la cure des maladies des voies urinaires fut appelé; il chercha à pénétrer dans la vessie, mais sans plus de succès. Toutefois il fut bien reconnu que la direction naturelle du canal était changée, et conséquemment que les moyens communément employés seraient insuffisans. M. Gamain ayant confié le malade aux soins particuliers de M. Barthelemy, ce médecin eut d'abord l'idée de couper en deux une sonde de gomme élastique, et de faire à son extrémité vésicale un ventre ou renflement qu'il forma avec de la cire et un fil. M. Barthelemy pensait que, portée au point de l'obstacle, elle pourrait dilater le canal assez pour que l'urine ne passât aucunement entre elle et lui. Mais cela n'eut pas lieu, ainsi qu'il le dit lui-même, parce que l'orifice de l'urètre a deux lignes et demi à trois lignes de diamètre, tandis que plus loin ce diamètre est de quatre: il lui vint alors à l'idée de comprimer le canal sur une sonde ordinaire coupée également par le milieu. Après avoir rendu aussi poli que possible le bout qui devait être introduit, il enfonça la sonde jusqu'à l'obstacle, et ficela pour ainsi dire la verge sur la sonde, au moyen d'une bande étroite.

Cet appareil ainsi appliqué, M. Barthelemy engagea le malade à uriner, et vit que grâce à cette compression circulaire, l'urine passait en totalité par la sonde. Il recommanda à M.*** de recommencer la même opération à chaque fois qu'il urinerait, ce qu'il fit avec une scrupuleuse exactitude, et il sortit de l'hôpital au bout d'un mois environ parfaitement guéri des fistules urinaires du gland.

M. Barthelemy pense que ce moyen, qui était peut-être le seul qui pût faire surmonter les difficultés du cas tout particulier qu'il rapporte, pourrait s'appliquer à tous ceux où l'urètre offre des crevasses situées à sa partie pré-pubienne. On éviterait, en le mettant en usage, les inconvéniens presque constans, soit du cathétérisme répété, soit d'une sonde placée à demeure. Maintenant M. Barthelemy se sert d'une sonde construite exprès, sur laquelle le malade comprime lui-même son canal en plaçant les deux pouces sur le dos de la verge, et l'index et le médius de chaque main sur les parties latérales et inférieures de l'urètre. Ce qu'il importe surtout, c'est que le malade comprime le plus près possible du point où le bout de la sonde s'arrête, parce qu'autrement il s'engage entre elle et l'urètre une petite quantité d'urine qui, lorqu'on retire l'instrument, vient suinter par les fistules, et retarde leur cicatrisation. (*Essais sur quelques nouv. procédés de chirurgie*. Paris, 1830, in-4.° Thèse inaug).

EXTIRPATION DES DOIGTS ANNULAIRE ET MÉDIUS, AVEC LEURS OS MÉTA-

CARPIENS; *par le prof. Walther*.—Un jeune homme âgé de 18 ans, robuste et sanguin, portait aux doigts médius et annulaire de la main gauche, ainsi qu'à leurs os métacarpiens, quelques tumeurs assez considérables et très-dures, qui poussaient l'index et le petit doigt hors de leur situation normale. Par l'effet de ces tumeurs, dont la plus grosse occupait la première phalange du médius, la main était devenue tellement pesante, qu'elle pouvait à peine être soulevée sans le secours de l'autre main. Les doigts non affectés avaient conservé leur mobilité, et même le doigt annulaire ne l'avait pas perdue entièrement. Les tumeurs occupaient le parenchyme osseux; les veines des parties molles étaient variqueuses, la peau amincie, luisante, et presque partout adhérente aux tumeurs. Celles-ci étaient douloureuses à la pression en plusieurs endroits. L'état général du malade ne présentait aucune altération; le malade n'avait jamais été affecté ni de syphilis, ni de scrofules. Il attribuait sa maladie à une extension du médius qu'il s'était faite dans sa première enfance; mais ce n'est qu'à l'âge de huit ans que se développa une petite tumeur sur la première phalange du médius. Cette tumeur resta stationnaire pendant quelques années, puis commença à prendre de l'accroissement en même temps que de nouvelles tumeurs se développèrent. — Le prof. Walther considéra la maladie comme un ostéostéatome ou exostose maligne de Scarpa. Le malade se refusait à l'amputation de la main; il demandait qu'on lui enlevât les parties malades, en conservant le pouce, l'indicateur et le petit doigt. M. Walther résolut de tenter l'opération, qu'il pratiqua de la manière suivante : il incisa d'abord toutes les parties molles situées entre le second et le troisième os du métacarpe, ainsi que celles entre le quatrième et le cinquième. Puis il réunit ces deux incisions longitudinales par deux incisions transversales, l'une au dos et l'autre à la paume de la main. Il obtint par là deux lambeaux carrés, qu'il détacha des os sous-jacens, et replia ensuite pour mettre à découvert l'articulation carpienne des troisième et quatrième os du métacarpe; les ligamens de cette partie furent coupés et l'exarticulation ainsi enlevée; les surfaces articulaires des os du carpe ne présentaient aucune altération. L'articulation carpienne du second os du métacarpe avait été blessée durant l'opération, et la partie postérieure de l'os tout-à-fait dénudée; pour cette raison, ainsi que pour rendre la plaie triangulaire, de carrée qu'elle était, et favoriser par là la cicatrisation, M. Walther fit la résection de la partie postérieure du second os métacarpien. Après qu'on eut lié onze artères, on rapprocha les lambeaux de la plaie qui se recouvraient presque complètement. Des bandelettes agglutinatives suffirent pour maintenir les parties en contact. Une heure et demie après la fin de l'opération,

on fut obligé de faire la ligature de quatre artères qui fournissaient du sang. Dans les premiers temps on employa les saignées générales et locales, les potions nitrées et la solution de sulfate de soude pour combattre les accidens inflammatoires. Au bout de trois mois la plaie fut complètement cicatrisée. Le petit doigt s'était appliqué à l'index. Le pouce avait toute sa mobilité ordinaire; les mouvemens des deux autres doigts étaient un peu gênés.

Sur un autre malade, M. Walther pratiqua l'amputation du doigt annulaire et du petit doigt avec leurs os métacarpiens. Le malade, âgé de 22 ans, avait dans son enfance été légèrement affecté de scrofules; à l'âge de cinq ans il tomba un jour sur la main gauche; quelques mois après une petite tumeur se développa au cinquième os du métacarpe, et prît peu-à-peu de l'accroissement; plus tard d'autres tumeurs se formèrent sur le petit doigt et l'annulaire. L'opération fut pratiquée comme la précédente; M. Walther forma également deux lambeaux; sept artères furent liées. Une hémorrhagie consécutive fut arrêtée par la compression. La main et la partie inférieure de l'avant-bras s'enflammèrent fortement; la plaie suppura long-temps et présentait l'aspect d'un ulcère scrofuleux; deux abcès qui se formèrent à l'avant-bras furent incisés; il y avait beaucoup de fièvre. Tous ces accidens furent combattus avec succès par des cataplasmes émolliens et un traitement antiphlogistique général. Les parties enlevées dans ces deux amputations furent examinées par le professeur Weber. Les tumeurs étaient formées en partie par l'expansion de la substance compacte des os affectés, et en partie par un tissu mou, aréolaire, dont quelques cellules contenaient du sang, tandis que le plus grand nombre était rempli d'une gelée blanche grisâtre. (*Graefe und Walther's Journal*, B. 12, H. 3. 1829.)

Pharmacologie, Chimie médicale.

De l'usage interne et externe du chlorure de zinc; *par M. Hanke.* — L'auteur assure que les observations qu'il a faites, pendant une série d'années, lui ont démontré que le chlorure de zinc, employé extérieurement, est un des meilleurs caustiques; il l'a trouvé préférable au sublimé corrosif, au nitrate d'argent, à l'oxyde rouge de mercure, et particulièrement à l'arsenic, qui, selon son opinion, devrait être banni de la matière médicale. Les cas dans lesquels il s'en est servi avec le plus grand avantage, sont les ulcères syphilitiques anciens qui ont un caractère carcinomateux, les ulcères fongueux, les fongus hématoïdes, la pustule maligne, etc. Il emploie le chlorure de zinc sec et en poudre, en saupoudre la surface qu'il veut cautériser, et forme une couche plus ou moins épaisse de cette substance, selon l'étendue et la profondeur du mal auquel il veut

remédier. On recouvre le tout avec un emplâtre agglutinatif. L'action du caustique est complète après six ou huit heures. L'escarrbe qu'il produit est blanche, grise, coriacée, élastique, et se sépare le sixième ou le huitième jour et quelquefois plus tôt. La plaie se présente bien et se cicatrise promptement. Il est quelquefois nécessaire, pour obtenir une parfaite guérison, de répéter l'application du caustique, mais on peut le faire avec toute sûreté, puisqu'on ne peut citer d'exemple qui ait causé quelque accident.

Le chlorure de zinc peut aussi être administré avec succès, comme excitant, sous forme de solution plus ou moins concentrée dans l'eau, dans l'alcohol, dans l'éther, ou en forme de pommade, combiné avec un corps gras. M. Hanke fait usage de cette dernière préparation au lieu de la pommade stibiée, et il a observé qu'elle produit sur la peau une éruption greoue avec rougeur semblable à celle de la scarlatine, et non une éruption de pustules semblables à celles de la variole, comme le fait l'émétique.

L'auteur a aussi administré le chlorure de zinc intérieurement, et il assure en avoir eu de très-bons effets dans certaines espèces d'épilepsie, mais particulièrement dans la chorée et dans la prosopalégie (névralgie de la face). La forme d'administration qui a été trouvée la plus convenable dans ce cas, est une solution d'un grain de chlorure de zinc dans deux gros d'éther muriatique. On en fait prendre cinq gouttes toutes les quatre heures, dans un peu d'eau sucrée, et l'on augmente graduellement cette dose quand le malade supporte bien le remède. Les maux causés par de trop fortes doses de cette substance prise intérieurement, sont les douleurs et la chaleur dans l'estomac, les nausées, le vomissement, l'anxiété, la difficulté de respirer, la petitesse et la fréquence du pouls, les sueurs froides, les évanouissemens, les mouvemens convulsifs, etc. L'auteur recommande, en conséquence, la plus grande prudence dans l'administration de ce médicament, et donne l'excellent conseil de commencer toujours par une très-petite dose. (*Journal de Pharmacie*, sept. 1830.)

Analyse du liquide extrait d'une ancienne hydrocèle; *par J. Bostock, M. D., etc.* — Le liquide qui a fait le sujet de cette analyse fut extrait par le D.r Earle d'une hydrocèle existant depuis plusieurs années. Sa couleur était d'un rouge-brun, sa consistance visqueuse; il contenait des flocons muqueux, jaunâtres. Par le repos, ce liquide laissa déposer au fond du vase une matière blanche, sous forme d'écailles, ayant le brillant de la nacre de perle. En agitant le vase, ces lamelles se répandaient dans tous les points du liquide et lui donnaient un reflet luisant; par le repos, elles se précipitaient aussitôt au fond. A ces premiers caractères, M. Bostock fut frappé de l'analogie que ce fluide offrait avec celui recueilli il y a plusieurs

années par M. Marcet, dans l'épaisseur du corps thyroïde, et d'un autre que lui-même avait aussi rencontré dans une tumeur située au milieu des muscles d'un membre. Le docteur Marcet avait reconnu que ces lamelles étaient inflammables, et en partie solubles dans l'alcohol. Les expériences du docteur Bostock lui ont donné des résultats semblables, et le portent à penser que cette matière, par ses différens caractères, tient le milieu entre l'albumine et la cire. D'après des essais faits postérieurement sur une matière semblable, le docteur Christison l'avait considérée comme analogue à la cholestérine.

Il résulte des expériences du docteur Bostock, que la matière blanche et nacrée contenue dans le liquide de l'hydrocèle n'est précisément semblable à aucun des produits immédiats connus jusqu'à ce jour; qu'elle diffère matériellement de l'albumine, de la graisse, de l'osmazôme, de l'adipocire et de la cholestérine. Elle se présente sous la forme d'écailles ou de lamelles blanches, ayant le brillant de la nacre de perle, onctueuses au toucher, fusibles à une haute température, inflammables, brûlant avec une flamme brillante, insolubles dans l'eau et dans l'alcohol, solubles en partie dans l'éther, non saponifiables par la potasse. Cette matière a été trouvée dans des parties assez différentes pour qu'on doive penser que les solides du corps peuvent lui donner naissance aussi bien que les liquides. On la rencontre dans les calculs biliaires dont elle forme généralement la base, et il n'est pas rare de l'observer dans l'intérieur du foie. Il paraîtrait, d'après certaines circonstances où on la trouve, que cette matière se sépare de l'albumine quand cette dernière est déposée depuis long-temps dans quelque cavité du corps naturelle ou accidentelle. Il semblerait que sa formation résulte d'une transformation analogue à celle qui a lieu quand la fibre musculaire se convertit en gras. (*Médico-Chirurgical Transact.*, vol. XV, pars. I, Londres, 1829.)

Académie royale de Médecine. (Septembre.)

Séance du 31 *août* 1830. — VACCINE. — Tableaux de vaccinations effectuées en 1829. Département de Lot et Garonne : naissances, 8,038; vaccinations, 6,226; varioles, 215; morts de la variole, 16. — Département de la Charente : naissances, 3,664; vaccinations, 2,816. — Département de Saône et Loire : vaccinations, 12,903. — Département de l'Oise, naissances, 10,083; vaccinations, 5,474. —

Département de la Manche : vaccinations, 4,556 ; varioles, 68; morts de la variole, 10.

Assainissement des cotons du Levant. — M. Thillaye, au nom d'une commission, lit un rapport sur un nouveau procédé d'assainissement des cotons du Levant, proposé par MM. Paillette, propriétaire d'une filature de coton à Saint-Quentin Aujourd'hui, à leur arrivée, les cotons du Levant sont déposés au lazareth de Marseille; là, chaque halle est ouverte en dessus et en dessous dans toute sa longueur, et exposée pendant vingt-cinq à quarante jours à l'air, pour que les miasmes délétères dont elle peut être imprégnée puissent se dégager. Cette opération simple a paru jusqu'ici suffisante pour la purification des cotons. MM. Paillette proposent de les exposer de préférence à l'action d'un courant de vapeur d'eau d'une température de 130 degrés, c'est-à-dire dont la force élastique ferait équilibre à une pression de deux atmosphères et demie. Cette méthode serait, selon eux, et plus expéditive, et moins coûteuse, puisque, en vingt-quatre heures, on purifierait jusqu'à 2,000 balles de coton, et que les frais seraient de deux cinquièmes moindres. Ils présentent des échantillons de coton filé et non filé, pour prouver que la vapeur d'eau, loin de nuire au coton, lui donne plus de souplesse et le rend plus facile à travailler. La commission de l'Académie laisse au comité consultatif des arts et manufactures à prononcer sur ce dernier fait, ainsi que sur la question de savoir si le procédé de MM. Paillette est véritablement plus expéditif et moins coûteux. Elle examine seulement si le procédé de ventilation usité au lazareth de Marseille pour purifier les cotons est suffisant. MM. Paillette élèvent des doutes à cet égard, se fondant sur ce que, dans les étés de 1826 et de 1827, beaucoup d'ouvriers de leur filature ont été atteints de fièvres intermittentes. La Commission objecte d'abord à MM. Paillette, que de semblables fièvres auraient dû éclater dans toutes les autres villes manufacturières de France, où le coton d'Egypte est travaillé. Elle avance ensuite que, si le coton a eu part à la production de ces fièvres, c'est moins par l'influence d'un virus pestilentiel dont il serait porteur, que par celle des substances étrangères, comme fruits, fientes d'animaux, qui lui sont mêlés, et qui, en se pourrissant, doivent donner lieu à des émanations délétères. Elle estime que le battage du coton en plein air avec une battage ou une machine, serait le moyen le plus propre à prévenir ce dernier inconvénient. Enfin, avouant qu'elle ignore si le coton contient un agent délétère, et à supposer que cela soit, quelle est la nature de cet agent, elle se borne à conclure : 1.° que les faits cités par MM. Paillette ne prouvent pas que le moyen de désinfection usité au lazareth de Marseille soit insuffisant; 2.° qu'on peut *à priori* sup-

poser la même efficacité au procédé de MM. Paillette, mais que, cependant, il serait utile d'en acquérir la preuve par des expériences directes.

Une discussion s'engage sur ce rapport. M. Castel craint que le procédé de MM. Paillette ne fasse entrer dans les cotons une grande humidité, et ne nécessite pour ceux-ci une ventilation plus prolongée. M. Rochoux croit que les moyens employés actuellement à Marseille suffisent; souvent, en effet, des chemises ont été faites en peu d'heures aussitôt après l'arrivée des cotons, ont été portées sur-le-champ, et il n'en est résulté aucun accident. Depuis cinq ans, on ne cite pas un exemple de maladie. Enfin, toute quarantaine, dit il, est abolie en Angleterre depuis 1825. M. Emery dit que les personnes chargées d'éventer les balles de coton ne deviennent jamais malades; et que, d'ailleurs, la grande quantité de coton qui entre par contrebande, et qui ne cause aucune maladie, prouve assez que cette substance n'est imprégnée d'aucuns miasmes délétères. M. Kéraudren, inspecteur du service de la marine, assure, au contraire, que souvent les hommes qui éventent les balles de coton et y plongent les bras, ont éprouvé des accidens: il regarde comme indispensable pour la purification des cotons le procédé usité dans le lazareth de Marseille, et désirerait qu'il fût mis de même en usage dans les lazareths des ports de l'Océan. M. Pariset dit tenir de l'intendant de Marseille, que tous les cas de charbons observés depuis un siècle au lazareth de cette ville, sont dus à la ventilation des balles de coton; il ajoute qu'une croyance accréditée dans tout l'Orient, c'est que ce sont le chanvre, le lin, le coton, partis d'Egypte, qui portent la peste à Constantinople. Il ne croit pas que les cotons soient toujours infectés, mais ils le sont souvent, et il regarde la chose comme assez importante pour que des expériences sur ce point soient faites dans le lazareth de Marseille. Il conteste aussi que l'Angleterre ait renoncé à toutes précautions sanitaires. L'académie décide que son conseil d'administration s'enquerra de ce qui est fait en Angleterre sous ce rapport, et sollicitera des expériences au lazareth de Marseille.

Blessés des journées de juillet 1830. — M. Larrey donne lecture d'un mémoire, intitulé: *Aperçu chirurgical sur les journées de juillet* 1830. M. Larrey dit n'avoir jamais vu déployer tant de valeur et d'intrépidité qu'aux journées des 27, 28 et 29 juillet, et il compare l'insurrection de Paris dans ces journées à celle qui eut lieu au Caire. Il relate comme faits qui importent à la science les suivans: 1.° Les boules de marbres employées comme balles ont généralement produit des blessures plus graves que les balles de plomb et de fer, qui coupaient plus nettement les parties. 2.° Les

coups de feu ont été généralement plus dangereux qu'aux armées, parce qu'ils ont été donnés à bout portant. 3.° Il a débridé largement et profondément l'entrée et la sortie des projectiles, et employé avec un succès inespéré, contre les ébranlemens des organes intérieurs, les saignées révulsives (ventouses scarifiées), les sédatifs et le régime antiphlogistique. 4.° Il a vérifié que les amputations faites dans le premier jour offraient toujours plus de chances de succès que les amputations consécutives; celles-ci ont souvent présenté le tétanos traumatique, contre lequel il a employé avec avantage l'application de la glace sur le moignon; l'érisypèle traumatique et la pourriture d'hôpital, contre lesquels il vante l'application du fer incandescent. 5.° Il a amputé avec succès dans les cas de gangrène traumatique, avant que la mortification fût bornée. Sur 500 blessés, M. Larrey n'en a perdu que cinq. Il termine son mémoire par plusieurs observations rapportées textuellement de plaies de tête, pénétrantes de la poitrine, du bas-ventre, des membres avec fractures comminutives, qu'il a eu le bonheur, malgré leur gravité, de mener à guérison.

M. Roux applaudit au compte que M. Larrey vient de rendre de son hôpital; il désire que chaque chef de service fasse de même, et il promet de le faire pour l'hôpital de la Charité. Ces tableaux pourront fournir à des comparaisons utiles. A la Charité, les blessés ont été de 170 à-peu-près, dont 23 à 25 ont succombé. Aucun cas de sphacèle, de gangrène, ni de pourriture d'hôpital ne s'est présenté. Il y a eu différence sous ce rapport d'avec ce qui a été observé à l'hôpital du Gros-Caillou. On a plus perdu aussi de blessés après les amputations consécutives. Le matin même, il en est succombé un auquel on avait fait successivement, et à des jours différens, l'amputation du bras dans l'article, la ligature de l'artère axillaire, celle de l'artère sous-clavière, et enfin la transfusion du sang.

Séance du 14 septembre. — ABCÈS AU PHARYNX. — Rapport de M. Chantourelle sur une observation d'abcès au pharynx, que M. Prioux, médecin de Nantes, a lue à l'Académie dans sa séance du 2 mars dernier. (Voyez tome XXII, *des Archives*, pag. 412.) Quoique la formation d'un abcès derrière le pharynx soit, dit la commission, une chose rare, cependant plusieurs de ses membres en ont vu quelques-uns par suite, ou de carie des vertèbres cervicales, ou de corps étrangers fixés dans la paroi postérieure du pharynx. Elle s'étonne que, dans le cas de M. Prioux, la vue n'ait pas averti avant le toucher de l'existence de l'abcès. Elle conseille d'ouvrir ces abcès le plus tôt possible, de peur que, lors de leur rupture instantanée, l'écoulement du pus n'amène la suffocation du malade.

DRUSIUM, RÉSINE DE CHÊNE. — M. Soubeiran, chef des travaux

chimiques de l'Académie, a analysé la substance nouvelle trouvée sur l'écorce du chêne par M. Lemaire de Lizancourt. (Voyez le tom. XXIII *des Archives*, page 589.) Il y a trouvé une matière jaune soluble dans l'éther, un peu d'extractif, beaucoup de gomme, tous les principes du tissu végétal, et un peu d'acétate de potasse, lequel communique à la masse une propriété déliquescente prononcée. Il ne pense pas, d'après cela, que le drusium puisse jamais être un agent thérapeutique.

Calculs dans l'urètre. — Mémoire lu par M. Civiale. Sur 400 calculeux auxquels M. Civiale a donné des soins, 16 avaient la pierre dans l'urètre. Ce canal est anatomiquement disposé à se laisser pénétrer par des calculs, et certaines maladies ajoutent encore à sa disposition à cet égard. Mais les diverses régions ne sont pas également aptes à retenir la pierre : il est fort rare d'abord que celle-ci s'engage dans le col de la vessie; dans les cas que l'on a cru tels, la pierre le plus souvent n'était posée que sur l'orifice vésical, et se déplace par un changement d'attitude du malade, ou par le cathétérisme. C'est au méat urinaire que les calculs s'arrêtent le plus ordinairement. L'orifice externe de l'urètre est en effet la partie la plus étroite et la moins extensible de ce canal : on retire les calculs de ce lieu, ou avec la pince à pansement, à mors aplatis, et dont on introduit les branches séparément, ou avec le crochet : quelquefois il faut inciser, débrider l'orifice urétral, et M. Civiale emploie pour cela un instrument qu'il appelle *métrotôme*. Quand les calculs sont arrêtés vers le milieu de la partie spongieuse de l'urètre, leur extraction est bien plus difficile; on a conseillé dans ces cas l'injection de corps huileux dans l'urètre, la succion, l'insufflation, la dilatation par des procédés mécaniques, la pression sur le calcul, etc. Les meilleurs moyens à employer sont : l'incision des parois de l'urètre, l'extraction du calcul avec la pince à gaîne, ou son morcellement par la lithotritie. M. Civiale a vu une fois le calcul arrêté dans la partie bulbeuse de l'urètre : le malade fut guéri par l'opération de la taille. Dans une prochaine lecture, il parlera des cas les plus communs, ceux où le calcul est arrêté dans la partie membraneuse de l'urètre.

Cancer dans le médiastin antérieur. — Pièce d'anatomie pathologique présentée par M. Martin-Solon. — Un homme de 31 ans éprouve, vers le milieu de juin dernier, des douleurs dans la région précordiale; la percussion est douloureuse en ce lieu qui résonne mat; l'auscultation fait entendre un soufle et un bruit cataire; la respiration est moins libre. Les jours suivans, la matité occupe un lieu plus étendu; le malade se plaint de douleurs vives dans l'épaule gauche. Le soufle et le bruit cataire sont plus obscurs; on n'entend plus la respiration dans le poumon gauche; on soupçonne un ané-

vrysme de l'aorte comprimant la bronche de ce côté. Bientôt les alimens et les boissons ne peuvent plus pénétrer dans l'œsophage; le malade, privé d'air et d'alimens, meurt le 11 septembre. — *Nécropsie.* Quand la peau et les muscles de la région antérieure du thorax sont enlevés, on voit des parties de cancer cérébriforme s'échapper à travers les organes intercostaux. Le médiastin antérieur est occupé par une tumeur cancéreuse du poids de trois livres, longue de six à huit pouces dans tous les sens, d'un tissu lardacé ramolli en beaucoup de points. Cette tumeur comprimait le poumon gauche, auquel elle était adhérente, et qui par suite a cessé d'être perméable à l'air. Le poumon droit, au contraire, était crépitant. En arrière, la tumeur adhérait au péricarde et à la face antérieure du cœur. Celui-ci, qui avait perdu un tiers de son volume, est sain; seulement ses ventricules sont flasques et amincis. La douleur que ressentait le malade à la région précordiale, et le soulagement qu'il éprouvait en se penchant en avant, auraient pu peut-être, dans l'origine, faire reconnaître la maladie.

Varices artérielles. — Pièce d'anatomie pathologique présentée par M. le professeur Dupuytren. — Il y a vingt ans, M. Pelletan traita une fille qui avait une dilatation remarquable des artères temporale et occipitale dans toute leur longueur; en vain on fit la ligature du tronc primitif; la malade succomba à des hémorrhagies successives, et la nécropsie fit voir que la dilatation morbide n'était pas bornée aux artères de la tête, mais existait aussi dans quelques artères des membres. Il y a douze ans, un cas semblable s'offrit à M. Dupuytren, qui le combattit avec succès par la ligature de l'artère carotide primitive. Enfin, il y a deux mois, s'est présenté le cas qui a fourni la pièce dont il va faire l'exposition. Cette pièce provient d'un individu auquel il a pratiqué l'amputation de la cuisse pour deux tumeurs anévrysmales au jarret, et pour un cancer à l'un des orteils. A la dissection, on reconnut que les deux tumeurs anévrysmales du jarret sont affaissées, vides de sang et de caillot; elles siégent dans l'artère poplitée, qui a le calibre de l'aorte ventrale : séparées l'une de l'autre par un intervalle d'un pouce, la supérieure a le volume d'une grosse amande, et l'inférieure celui d'un gros œuf de pigeon. Dans l'une et dans l'autre, on voit que les tuniques interne et externe de l'artère sont dilatées et forment les parois de la tumeur, tandis que les fibres de la tunique moyenne se sont éraillées, et c'est par leur éraillure que la tunique interne a passé pour contribuer à la dilatation. Ainsi se trouve démontrée l'existence d'une espèce d'anévrysme sur laquelle on avait voulu élever des doutes. Déjà M. Dupuytren en avait vu un exemple avec M. Dubois. Dans l'artère poplitée, ainsi que dans tout le trajet des artères tibiales et péronières, la mem-

brane moyenne est malade; elle est épaisse, jaune, et les fibres sont écartées les unes des autres en plusieurs points; la membrane interne, au contraire, n'a subi aucune altération. Les artères tibiales et péronières antérieure et postérieure, les plantaires, ont partout un volume décuple au moins de celui qui leur est ordinaire, et elles offrent d'espace en espace des renflemens qui ressemblent tout-à-fait à des grappes de varices. Aussi M. Dupuytren propose-t-il de donner à cette maladie le nom de varices anévrysmales.

MONSTRUOSITÉ. — M. Fournier, élève interne à l'hospice des Enfans-Trouvés, présente un enfant mort au dixième jour de sa naissance, qui avait, entre le côté gauche de la poitrine et la cavité abdominale, une communication telle, que le canal alimentaire avait passé dans le thorax. Dans sa courte vie, cet enfant a offert de la diarrhée, de la matité au côté gauche de la poitrine, et une difficulté de respirer qui a augmenté graduellement jusqu'à la mort.

Académie royale des Sciences.

Séance du 2 août 1830. — VIRUS VARIOLIQUE. — M. le docteur Ozanam, de Lyon, écrit une lettre, dans laquelle il avance que le virus vaccin et le virus variolique sont identiques, et il donne des preuves à l'appui de son opinion. M. Serres fait remarquer qu'il est important que l'Académie se prononce sur ce point si important de la science, en combattant une assertion aussi dangereuse que celle répandue dans le public, par l'auteur de la lettre et par plusieurs médecins. L'expérience, dit-il, a prouvé qu'on ne peut indifféremment employer le virus variolique modifié pour le virus vaccin, et cette substitution serait susceptible de donner lieu à des accidens très-graves. Il a plusieurs fois déjà mis cette pratique en usage, et il a vu constamment les résultats être les mêmes que ceux de la variole inoculée. Il est donc d'avis que l'Académie doit se prononcer d'une manière formelle contre des avis de ce genre. La proposition de M. Serres est renvoyée à l'examen d'une commission nommée précédemment pour s'occuper de questions de cette nature.

SALICINE. — M. Becquerel lit l'extrait d'une lettre de M. Peschier, de Genève, sur *un perfectionnement du mode d'extraction de la salicine.* Ce savant chimiste, a été engagé par l'importance de la découverte de ce nouvel alcaloïde, et surtout par celle de sa propriété fébrifuge, à rechercher l'espèce du genre *saule*, dans laquelle cette substance se trouve le plus abondamment, et, en même temps, quel serait le procédé le plus avantageux pour l'en extraire, et la livrer au commerce au plus bas prix possible. Il a expérimenté sur les di-

verses espèces connues. Le saule blanc, *salix alba*, Linn., de l'écorce duquel quelques journaux ont annoncé que MM. Fontana et Rigatelli avaient retiré la salicine, n'en contient qu'une très-petite quantité, susceptible de cristallisation ; et, de même que dans les saules basté et précoce (*Salix hastata* et *Salix præcox*), le reste de cette salicine est incristallisable et douée d'une excessive amertume. L'écorce des jeunes branches du saule à une étamine, *salix monandra*, variété du *salix helix*, traitée avec la plus grande sévérité, n'a fourni que deux gros de salicine par livre d'écorce desséchée, tandis que M. Leroux prétend en avoir obtenu quatre fois plus, et espère en obtenir une quantité double encore, dans un travail en grand. Il est vrai que ce dernier chimiste a opéré sur des branches de trois ou quatre ans, tandis que M. Peschier n'a pu s'en procurer que de celles qui avaient à peine un an. Le saule à feuilles étroites, *salix incana*, est un peu plus riche en salicine que le précédent, mais de plus difficile extraction, à cause des principes mucilagineux et colorans auxquels elle est unie. Quant au procédé du savant genévois, il paraît plus simple que celui indiqué par M. Leroux, et donne une salicine très-blanche et parfaitement cristallisée ; voici en quoi il consiste :

On concasse l'écorce de saule et on la fait bouillir dans l'eau pendant une heure ou deux ; on passe, et on exprime à la presse. On précipite ensuite la liqueur par le sous-acétate de plomb, jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de précipité ; on filtre alors, et l'on porte la liqueur à l'ébullition, en y ajoutant une quantité suffisante de carbonate de chaux, pour décomposer l'excès d'acétate de plomb qui s'y trouve, saturer l'acide acétique et le décolorer ; on laisse alors éclaircir la liqueur, on décante, on lave le dépôt deux ou trois fois, on réunit les liqueurs, on filtre, et l'on fait évaporer en consistance d'extrait ; on soumet ce produit encore chaud à la presse, entre des feuilles de papier brouillard ; après l'y avoir laissé quelques heures, on le traite par l'alcool à 34 degrés ; on filtre et l'on distille pour obtenir environ le tiers du menstrue ; puis, par une évaporation convenable et ménagée du résidu, on obtient la salicine en cristaux d'un blanc nacré très-pur. M. Peschier assure que l'addition du sous-carbonate de potasse, dans la décoction de l'écorce, et le courant du gaz acide hydro-sulfurique, indiqués par M. Roux, peuvent être supprimés, car la potasse ne paraît offrir d'autre avantage que de rendre les liquides moins visqueux, et son emploi nécessite une plus grande quantité de sous-acétate de plomb. La craie remplit à elle seule les deux rôles de décomposition du sel de plomb sur-abondant et de saturation de l'acide acétique.

Les médecins de Genève ont administré, à plusieurs fiévreux, et avec le plus grand succès, la salicine obtenue par M. Peschier.

MANNEQUIN ANATOMIQUE. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire fait un rapport sur le mannequin anatomique, présenté par M. le docteur Auzoux; il rappelle que l'inconvénient qu'il y aurait à offrir de semblables préparations à la paresse des élèves, motiva le refus du beau cabinet d'anatomie de Fontana, qu'on voulait envoyer d'Italie en 1797. Il serait inutile et même dangereux, pour la même raison, de déposer des mannequins d'anatomie dans les hôpitaux des départemens; ces imitations anatomiques seraient seulement avantageuses dans les lycées, et celles de M. Auzoux, qui sont d'une exactitude achevée, pourraient servir beaucoup dans ces écoles pour donner la connaissance générale des différentes parties dont se compose le corps humain.

Séance du 9 août. — HERMAPHRODISME. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire lit une notice sur une chèvre qui vient de mourir à la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle. Cet animal présentait la réunion des deux sexes; il était femelle, quant à ses parties externes ou de copulation; et mâle, dans ses organes profonds ou de reproduction. Il offre un des cas d'hermaphrodisme les plus complets que l'on ait jusqu'ici observés dans la science, car ce mot convient parfaitement, sous le rapport des élémens anatomiques, puisque le même sujet est mâle au-dedans, et femelle dans les parties apparentes; mais sous le rapport de la fonction, il ne convient pas plus que dans tous les autres cas que les auteurs ont mentionnés : les fonctions de la génération sont nulles; il manque certaines parties et certaines dispositions aux deux genres d'appareils pour qu'il puisse y avoir accomplissement de fonction. Ainsi, chez le sujet dont il s'agit, il existe des cordons testiculaires ligamenteux, ne donnant passage à aucun produit secrété, et, au lieu de matrice, un cul-de-sac vaginal qui n'est propre à aucun phénomène physiologique.

Séance du 16 août. — VEAU BICÉPHALE. — M. Geoffroy Saint-Hilaire fait un rapport sur un veau bicéphale né à la suite d'un accouchement laborieux, et communiqué par M. Courbebaisse, vétérinaire à Aurillac, département du Cantal. Cette monstruosité est exactement celle qu'ont offerte Ritta-Christina et la fille bicéphale des Pyrénées. Le rapporteur profite de cette occasion pour exprimer le vœu que les frères siamois, actuellement à Londres, viennent s'offrir à l'observation de nos savans, maintenant que la philosophie pourra être cultivée en France sans craindre l'inquisition si odieuse d'une autorité ombrageuse et bigote, qui s'opposait de tout son pouvoir aux progrès des études psychologiques.

Séance du 23 août. — APPAREIL POUR LES FRACTURES. — M. le docteur Lassis lit une note relative à *un appareil pour les fractures avec plaies contuses.* « Les plaies produites par les armes à feu, dit-

il, sont tellement graves, que le meilleur moyen d'y remédier semble ordinairement de mutiler le membre blessé; pour les fractures de la cuisse, ce précepte est presque général parmi les anglais. Ce qui conduit à cette nécessité, ce sont les accidens occasionnés par le séjour de la matière purulente provenant des parties lésées, ou par le mouvement des fragmens, mouvement inévitable dans des pansemens plus ou moins fréquens faits avec les appareils ordinaires. » Maintenir les fragmens parfaitement en place et immobiles, empêcher la matière de la suppuration de séjourner sur la partie malade ou sur les pièces de l'appareil, ou sur celle du lit, tel est donc le double but que l'on doit avoir en vue. M. Lassis croit avoir atteint ce but chez un des blessés des derniers jours de juillet, qui a eu les deux cuisses traversées, près du genou, par une même balle d'un gros calibre, avec fracture du côté droit, beaucoup de délabrement et une hémorrhagie considérable du même côté. L'appareil que ce médecin a employé est semblable à l'appareil ordinaire propre à l'extension continuelle, sauf les modifications suivantes : une latte ordinaire, disposée comme l'attelle de Desault, a remplacé l'ingénieuse attelle de M. le professeur Boyer; un simple emplâtre de cérat a été posé sur les plaies, et le reste du membre est entièrement libre dans l'espace de sept à huit travers de doigt, au-dessus et au-dessous des plaies. Au lieu d'un seul coussin destiné à soutenir la totalité du membre, on en a employé deux, qui laissent entre eux un espace égal à celui qui reste libre dans la partie du membre où se trouvent les plaies. Les coussinets ou rouleaux de balle d'avoine, servant à garantir le membre des effets de la pression des attelles, sont de même séparés en deux parties, suffisamment éloignées l'une de l'autre pour n'être point atteintes par la matière purulente provenant des plaies. Un grand morceau de toile cirée, qui va de l'un à l'autre des coussins sur lesquels pose le membre, pour les recouvrir, s'enfonce dans l'intervalle qui les sépare, de manière à offrir une concavité très-considérable, où tombe la matière de la suppuration et où sont placés, pour la recevoir et servir à l'enlever, de la charpie, du linge ou une éponge que l'on peut renouveller aisément, sans le moindre attouchement du membre qui devient ainsi étranger, en quelque sorte, à cette opération. Par ces divers moyens, un pansement des plus difficiles, des plus compliqués et des plus douloureux, devient le plus simple et le plus inoffensif; il peut, par conséquent, être réitéré aussi souvent qu'on le juge à propos, sans le moindre inconvénient.

Le blessé, pour lequel cet appareil a été disposé, dit n'éprouver ni douleur, ni même de malaise. Il est, en effet, sous tous les rapports, dans le meilleur état possible, après avoir été dans une posi-

tion aussi grave. Le docteur Lassis pense que ce procédé pourrait être suivi dans tous les cas, quel que fût le membre blessé, même aux armées.

Faux entozoaires. — M. Duméril, chargé d'examiner deux vers rendus par une femme avec les excrémens, et adressés à l'Académie par le docteur Fontaneilles, pense que ce sont des larves d'insectes lépidoptères vivant aux dépens de nos plantes potagères, et particulièrement dans l'intérieur de leurs tiges. Ces larves auraient été avalées, soit avec des choux-fleurs ou de la salade, soit avec des racines de navets, de carottes ou de toute autre plante potagère Dans la plupart des cas, elles ont été considérées comme des expulsions de vers intestinaux; mais les connaissances acquises sur la structure des insectes, comparée à celle des helminthes, peuvent presque toujours détromper le médecin observateur.

Séance du 6 *septembre*. — Enfans monstrueux. — M.me Heu, sage-femme, présente à l'Académie un enfant à double train postérieur, sur lequel M. Geoffroy-Saint-Hilaire lit une notice contenant quelques explications intéressantes sur les membres surnuméraires. Cet enfant est né le 4 juillet dernier, à Paris, rue de Vaugirard, n.° 88. Le père est un ouvrier carossier, d'une bonne constitution; la mère, bien portante également, avait eu déjà plusieurs enfans, nés tous sans aucune déformation. Livrée aux soins du ménage, cette femme s'occupe de savonnage, et ce ne pourrait être que dans ce travail qu'elle aurait pu se blesser. Ses souvenirs lui disent que, dans sa vivacité extrême, elle s'est quelquefois heurtée et meurtrie, principalement à la région du bassin; mais aucun de ces souvenirs ne s'applique toutefois aux faits de sa dernière grossesse. Cependant cette grossesse n'eut pas le cours réglé des précédentes; elle fut troublée par des malaises et des écoulemens en blanc et en rouge, qui durèrent de la fin du premier mois au commencement du cinquième. C'est dans ces circonstances qu'arrivant le terme ordinaire de la grossesse, cette femme mit au monde, après un travail simple et naturel, un enfant double inférieurement, depuis et y compris le bassin. Le train de derrière, en plus, est embranché sur un bassin qui est, à tous autres égards, placé dans des conditions normales : un noyau osseux, lequel n'a pu, faute d'un emplacement suffisant, fournir au développement entier d'un second bassin, se trouve intercallé, postérieurement et à gauche, entre la partie gauche du bassin normal et le coccyx. Cette partie surnuméraire n'a pris position qu'après avoir repoussé le coccyx au-delà de la ligne médiane et vers la droite. A cet effet, la colonne épinière, à partir des lombes, est divisée dans cette direction. Ainsi se trouve adossé à l'iléon et à l'ischion de gauche un noyau osseux, réunissant, avec des conditions d'atro-

phie, les élémens de deux os iléons et ischions, où tout au milieu est une gorge articulaire. Il pouvait suffire, et il a suffi, de ces parties intercallées pour qu'un second train de derrière survînt, et, figurant comme un hors-d'œuvre accroché à un être d'ailleurs parfaitement régulier, réussît, sans y apporter d'obstacle, à se marier aux arrangemens préfixes d'un système organique, comme on le pourrait dire, par exemple, d'une branche inattendue qu'aurait produite le développement d'un arbre. Chaque tête de fémur d'un des membres sur-ajoutés est logée dans la cavité articulaire commune, et par conséquent à si petite distance l'une de l'autre, que les fémurs, restant séparés dans toute leur longueur et distincts, n'ont pu chacun se découvrir de leurs muscles et tégumens qu'après que les parties charnues similaires se sont rencontrées et soudées, de telle sorte qu'il n'existe qu'une seule cuisse pour l'appareil surnuméraire, cuisse formée par de doubles élémens engagés et réunis. Mais, à partir du genou, ces parties diverses se sont dédoublées; chaque jambe existe à part dans son indépendance sous une déformation et sous une apparence différentes.

1.° *Jambe gauche de l'appareil surnuméraire.* Elle est ankylosée et coudée à angle droit, de gauche à droite; le pied, également contourné à angle droit, laisse voir la cheville extérieure dans une situation tout-à-fait inférieure, l'autre cheville occupe le centre d'une grosse tubérosité, et se trouve ainsi sans manifestation au-dehors. Ce pied, ainsi tourmenté, est terminé seulement par deux doigts, dont l'un est double de l'autre. 2.° *Jambe droite.* Elle est plus courte, plus ramassée, plus épaisse, et en partie engagée dans les tégumens de la cuisse unique; ce sont les mêmes renversemens et contours aux malléoles. D'ailleurs, le pied reprend plus loin les conditions tout-à-fait normales; il est terminé par cinq doigts, se trouvant tous exactement dans leurs rapports respectifs, tant de position que de volume. Ces pieds ont été maintenus dans la situation où ils se sont rangés, et casés dans le sac utérin pour y occuper moins de place, par l'ankilose de leurs parties articulaires, parce que cette ankilose, due au défaut de mouvement des parties, leur a dès l'abord imprimé des effets qui doivent toujours persévérer. Entre les fesses propres à chaque jambe normale existe une plus large fesse, s'étendant sur toutes les parties réunies vers le haut de l'appareil surnuméraire; l'anus s'ouvre dans le sinus déclive, et particulièrement vers le milieu de la rainure produite par l'abaissement de la fesse surnuméraire sur l'inclinaison en sens contraire de la fesse de la jambe droite. Au coude formé de l'autre côté, entre la cuisse gauche et la cuisse surnuméraire, existe l'intervalle d'un pouce, pour favoriser par devant le placement et le débouché de l'organe sexuel; celui-ci, du sexe mas-

culin, est régulier; les testicules n'ont point encore traversé l'anneau inguinal.

VARIÉTÉS.

— La commission instituée pour faire un rapport au ministre de l'instruction publique, sur l'organisation de l'Ecole de Médecine de Paris, a terminé et livré son travail. On assure qu'elle a admis le concours pour toutes les chaires qui vont se trouver vacantes dans la Faculté, par suite de l'annullation des ordonnances de 1823. On dit aussi qu'elle demande la création de plusieurs nouvelles chaires, entr'autres pour l'anatomie générale et comparée, pour l'histoire et la philosophie médicale; une chaire clinique des maladies cutanées, syphilitiques et scrofuleuses, et une clinique des maladies des enfans. La clinique des maladies mentales n'est point, à ce que l'on prétend, au nombre de celles dont la commission a conseillé l'établissement. Nous croyons que ce serait une grave lacune dans notre nouvelle institution médicale. Cette branche importante et toute spéciale de la pathologie n'est plus enseignée aujourd'hui. Depuis la vieillesse et la mort de Pinel, depuis la retraite de M. Esquirol de l'hospice de la Salpétrière, elle est tout-à-fait abandonnée. Nous avons fais sentir dans notre précédent article sur la réorganisation de l'Ecole de Médecine, de quelle utilité seraient pour les élèves des leçons cliniques sur les maladies mentales. Nous ne connaissons pas les motifs qui ont porté la commission à les repousser de l'enseignement. Nous espérons qu'on reviendra sur cette omission. Plus on créëra de chaires de cliniques, plus on fera pour la science et l'instruction publique; on ne saurait trop les multiplier; les autres chaires, comparées à celles-là, sont en quelque sorte de luxe.

—A dater du mois prochain, nous publierons, sous le titre général *Bulletin de la Société médicale d'Emulation*, les travaux de cette Société, qui nous seront communiqués et élaborés par une commission prise dans son sein. Ces travaux, qui consisteront en mémoires originaux et en observations, auront certainement un intérêt très-grand. Nous en avons la garantie dans la renommée déjà ancienne de la Société, qui se compose de la véritable élite des médecins de Paris, et qui compte au nombre de ses correspondans la plupart des hommes de mérite qui exercent avec honneur la médecine dans les provinces.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours de physiologie générale et comparée, professé à la Faculté des Sciences de Paris, par *M.* Ducrotay de Blainville, *membre de l'Institut; publié par les soins de M. le docteur* Hollard, *et revu par l'auteur. Paris* 1829-1830. *In*-8.° (13.e, 14.e, 15.e, 16.e, 17.e, 18.e, 19.e, 20.e, 21.e, 22.e, 23.e, 24.e, 25.e, 26.e, 27.e *livraisons, formant le tome II.*)

Dans les douze premières leçons du cours de physiologie générale, l'auteur a successivement étudié les élémens gazeux, liquides et semi-liquides, qui entrent dans la composition intime du corps des animaux. Les quinze leçons nouvelles que nous annonçons, et qui forment le second volume de l'ouvrage, comprennent l'examen des élémens solides et de leurs nombreuses modifications, dans les différentes classes des êtres organisés. Par élément solide, M. de Bl. entend : « Toute partie du corps qui jouit d'une consistance assez grande pour avoir une forme déterminée, soit régulière, soit irrégulière; toute partie qui ne peut ni couler ni se répandre, et qui sert à contenir les autres ordres d'élémens, et à limiter l'organisme dans l'espace. » L'analyse de la partie solide de l'organisme, conduit l'auteur à y reconnaître trois principaux élémens, dont les deux derniers ne sont même que des modifications du premier; ce sont : l'élément générateur ou cellulaire, l'élément locomoteur, contractile ou sarceux, et l'élément incitateur ou nerveux; des modifications dans la forme ou la disposition des parties constituantes de ces élémens, dont les deux derniers sont secondaires relativement au premier, résultent dans ces trois grandes sections des genres et des espèces. Ainsi, l'élément celluleux, comprend; 1.° le tissu dermeux qui constitue l'enveloppe la plus générale de l'animal, c'est-à-dire, la peau et l'intestin; 2.° le tissu scléreux, qui comprend lui-même les tissus fibreux, élastique et non élastique, le fibro-cartilagineux, le cartilagineux, et l'osseux; 3.° le tissu kysteux qui réunit les tissus séreux, synovial, et angéieux, c'est-à-dire, celui des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le second élément ou système sarceux comprend deux genres : l'un, désigné sous le nom de tissu sarceux périérique, se trouve en rapport avec le tégument externe et interne, et le tissu sarceux profond ou endérien, qui constitue le cœur. Enfin, l'élément ou système nerveux,

se divise aussi en deux genres : 1.° Le système nerveux ganglionnaire qui se subdivise lui-même en pulpeux et non-pulpeux ou résistant, et en filamenteux qui se subdivise également suivant qu'il appartient aux fonctions de la vie animale ou de la vie organique.

Après avoir retracé, dans une table synoptique, cette classification des élémens solides de l'organisme, M. de B. étudie l'élément celluleux ou générateur comme constituant le système ou tissu cellulaire. Il en examine successivement les caractères anatomiques, microscopiques, physiques, organoleptiques, chimiques, et les propriétés vitales, c'est-à-dire, les phénomènes par lesquels ce tissu manifeste sa vitalité. A la suite de la description de ces caractères généraux du tissu cellulaire, l'auteur fait connaître les différences qu'il présente selon les parties du corps où on l'observe, suivant les âges, les sexes, les tempéramens, les races, suivant certaines conditions hygiéniques, suivant les maladies, et enfin les caractères particuliers de ce tissu dans les diverses classes d'animaux. C'est toujours en suivant cette marche très-méthodique, et qui permet d'embrasser le sujet sous toutes ses faces, que l'auteur étudie les tissus qui sont autant de modifications de l'élément celluleux, comme les tissus dermeux, scléreux et kysteux : il en est de même pour les deux élémens secondaires, le sarceux et le nerveux, ainsi que leurs subdivisions. Chacune de ces descriptions contient beaucoup d'observations neuves, et qu'il serait difficile d'énumérer complètement dans un article de ce genre; nous nous bornerons à en signaler quelques-unes.

Le tissu osseux n'est qu'une modification du cartilage dans lequel les sels calcaires se déposent à l'état crystallin. Quand on examine un pariétal sur un très-jeune sujet, et qu'après l'avoir dépouillé de son périoste externe et interne, on enlève de son intérieur la partie ossifiée, le microscope démontre très-manifestement dans la substance cartilagineuse un grand nombre de petits crystaux poliédriques très-distincts qui, s'insinuant dans ce tissu cartilagineux et s'y accumulant, lui donnent la solidité caractéristique du tissu osseux. Il paraîtrait que la proportion de carbonate et de phosphate de chaux qui entre dans la partie solidifiée des os, diffère selon que l'animal se nourrit de substances animales ou de substances végétales. Ainsi, l'analyse des os du mouton comparativement avec celle des os du lion, a fait voir que le carbonate de chaux est proportionnellement plus considérable chez le mouton que chez le lion. Le plus grand nombre des anatomistes est encore d'accord aujourd'hui que les membranes séreuses proprement dites, le feuillet arachnoïdien, la membrane interne des artères, par exemple, sont dépourvus de vaisseaux, et cette opinion n'est point contredite par des faits précis; cependant M. D. B.

dit qu'à l'aide du microscope on aperçoit dans l'épaisseur de ces membranes une certaine quantité de vaisseaux, bien que nos injections y pénètrent avec difficulté. D'abord nous dirons que les liquides qu'on injecte n'y pénètrent pas du tout; en second lieu, nous rappellerons à l'auteur ce qu'il a fait observer avec beaucoup de raison au sujet du microscope; c'est qu'on est souvent dupe des illusions produites par cet instrument, et nous sommes convaincus qu'il en a été ainsi dans l'observation dont il s'agit. M. B. admet que l'arachnoïde tapisse les ventricules cérébraux, mais qu'elle perd sa continuité avec la portion externe de cette membrane, par suite de l'occlusion progressive des ventricules pendant la vie embryonnaire; en sorte qu'il arrive à l'arachnoïde ventriculaire, ce qui arrive chez la plupart des mammifères à la portion du péritoine qui accompagne les testicules, et forme la tunique vaginale. Nous avons été étonnés de voir l'auteur embrasser l'opinion de M. Lippi, qui prétend que la matière albumineuse, produit de l'inflammation des membranes séreuses, et qui forme ensuite les pseudo-membranes, ne s'organise jamais; cependant il ne pouvait ignorer les observations de Hunter, Evér. Home, Béclard, qui démontrent positivement le contraire.

Nous ne multiplierons pas davantage les citations et les réflexions qu'elles peuvent suggérer. Nos remarques ne se rapportent qu'à quelques faits de détails, et nullement à l'ensemble du plan, d'après lequel M. de B. expose ses opinions et ses observations sur l'organisation des différentes classes d'animaux; dans un aperçu aussi rapide, il est difficile de donner une idée juste de l'immense série d'observations que chaque leçon nouvelle renferme, et l'on doit désirer dans l'intérêt de la science, que cette publication ne soit pas interrompue. Nous rendrons compte prochainement des livraisons suivantes.

Manuel complet de médecine-légale, *considérée dans ses rapports avec la législation actuelle; ouvrage particulièrement destiné à MM. les médecins, avocats et jurés, par* C. Sédillot, *D. M. Paris*, 1830. *In-*18 *de* 511 *pag. Chez Crochard.*

Quoique l'auteur, élève de M. Orfila, n'ait pas exactement suivi l'ordre adopté par ce professeur dans ses savantes *leçons de médecine légale*, on peut considérer son *Manuel* comme un résumé de ces mêmes leçons. Presque partout on retrouve les mêmes idées, et souvent les mêmes expressions. Ce n'est point un reproche que nous voulons faire à M. Sédillot. Il lui eût été difficile de suivre un meil-

leur guide. Son ouvrage est divisé en quatre parties : dans la première, il traite des rapports, des certificats et des consultations médico-légales ; après avoir cité les dispositions de la loi qui y sont relatives, il dit comment on doit procéder à la rédaction de ces diverses pièces ; la deuxième et la troisième parties renferment tout ce qui a trait à la solution des questions qui forment l'étude de la médecine légale ; la quatrième offre des modèles de rapports sur les principales questions médico-légales. Si la plupart des chapitres sont traités avec toute l'étendue et toute l'exactitude qu'ils méritent, et que peut comporter un *manuel*, il en est plusieurs aussi qui nous ont paru incomplètement exposés, tant en raison de leur importance qu'à cause de la difficulté que présente la solution des problèmes auxquels les faits qui s'y rattachent peuvent donner naissance. Nous citerons ce qui se rapporte aux affections mentales, et surtout l'article *monomanie*, dans lequel l'auteur indique à peine une partie des importantes questions auxquelles ont donné lieu, dans ces derniers temps, les procès trop fameux de *Papavoine*, de *Léger*, etc. Nous sommes loin de prétendre qu'il ne faille pas déployer une grande sévérité dans l'examen des preuves que l'on apporte pour établir l'existence des monomanies, mais aussi nous pensons que les observations de Georget, celles de MM. Esquirol, Marc, Brierre de Boismont, etc., ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de cette espèce d'aliénation mentale, et qu'on ne saurait, sans se rendre coupable du crime de *lèze-humanité*, dire avec l'auteur : « Qu'un individu commette un crime pour le crime lui-même, ou qu'il le commette pour se procurer de l'or, son but a été de se satisfaire, et il n'y a pas de différence aux yeux de la loi, entre tuer pour tuer, ou tuer pour voler. » Et la justice humaine peut-elle entrer dans l'examen du degré d'entraînement ? Oui, elle le peut, elle le doit même. Quoi ! vous admettez une monomanie homicide, et vous voulez que la loi frappe de la même peine, et l'homme profondément pervers qui tue son semblable pour se procurer un peu d'or, et ce malheureux qui commet un homicide sans intérêts positifs, sans passions raisonnées, mais poussé par une force intérieure qui le maîtrise, et contre laquelle souvent sa faible raison a long-temps combattu ! Faisons des vœux pour qu'une saine physiologie vienne enfin éclairer de son flambeau les dispositions de la loi relatives à la médecine légale, et mettre en harmonie les lois sociales et les lois de l'organisme animal ! Si l'on nous demande ce que nous pensons du manuel de M. Sédillot, qui a su mettre à profit les connaissances nouvellement acquises sur divers points de médecine légale, nous répondrons qu'il sera utile aux élèves qui se préparent à subir leur

examen, et aux médecins pour leur servir de *memento*, mais qu'il ne peut les dispenser de lire et de méditer les ouvrages de MM. Orfila, Fodéré, etc., etc. Quant aux avantages qu'en pourront retirer les avocats et les jurés, nous croyons qu'ils seront de peu d'importance, le laconisme obligé de l'auteur pouvant induire en erreur ceux qui n'ont pas des connaissances positives sur les différentes branches de la médecine.

Nous ne pouvons terminer sans dire que beaucoup de noms d'auteurs sont écrits d'une manière tout à fait incorrecte : on lit Desormaux pour Désormeaux; Maygret pour Maygrier, Loyer-Villermais pour Louyer-Villermay; Teillier pour Teissier, etc., etc.

M.***

Mémoire sur l'œdème squirrheuse, avec des réflexions critiques sur l'état actuel de la médecine en France, et sur l'usage des eaux thermales de Plombières pour la guérison des maladies chroniques; par J. B. Demangeon, *docteur en philosophie et en médecine, membre de plusieurs Sociétés savantes. Paris*, 1830. *In*-8.° 85 *pages. Chez Rouen frères.*

La maladie dont l'auteur parle sous le nom d'*œdème squirrhode*, n'est autre que l'éléphantiasis des Arabes; c'est du moins l'opinion à laquelle nous a conduit la lecture attentive des observations qu'il rapporte avec une prolixité vraiment remarquable. Nous reprocherons à M. Demangeon non-seulement de ne pas avoir indiqué l'idée qu'il attache à ces mots *œdème squirrhode*, mais encore de n'émettre aucune opinion sur la nature et le siége de cette maladie. Il se borne en effet à rapporter quatre observations, laissant au lecteur le soin d'en tirer telle induction qu'il lui plaira. Tout ce que nous avons pu saisir, c'est qu'il ne considère pas *l'œdème squirrhode* comme une affection purement locale, et qu'il la fait dépendre primitivement d'une altération générale des humeurs, d'une certaine pléthore humorale qui produit ensuite des affections locales. On peut facilement juger, d'après cela, sur quelle base repose la thérapeutique de M. D. Nous n'essayerons pas de donner une analyse de ces longues observations, et nous nous bornerons à faire ressortir deux circonstances particulières qu'ont présentées les sujets des deux premières. Une de ces malades qui succomba, à l'âge de 60 ans, à *l'œdème squirrhode*, avait déjà eu, 45 ans auparavant, la même maladie, avec un engorgement si considérable et si douloureux du sein, que l'amputation avait été jugée nécessaire : elle ne fut cependant pas pratiquée, circonstance d'autant plus heureuse que l'expérience

n'avait pas encore appris que la maladie se développe ordinairement sur une autre partie du corps après qu'on a enlevé celle qui en était primitivement le siége. A ce sujet, nous citerons l'histoire d'une malheureuse femme que nous avons vue en 1826 à la Pitié, atteinte d'éléphantiasis au bras gauche, et à laquelle un chirurgien célèbre de Paris avait, quelques années auparavant, amputé la cuisse droite pour la même maladie. La seconde observation offre ceci de remarquable, que *l'œdème squirrhode* du membre pelvien gauche semblait entretenir une perte utérine dont le retour et l'abondance étaient presque toujours en rapport avec l'engorgement de la cuisse. Ce fait ne peut-il pas être cité comme preuve de l'efficacité de la ligature des membres inférieurs dans l'aménorrhée?

Ce que l'auteur dit sur les eaux de Plombières, offre peu d'intérêt. Il s'attache surtout à prouver qu'en raison des changemens qui s'opèrent dans l'état des malades, les médecins qui les envoient aux eaux sont dans une grande erreur de croire qu'ils peuvent à l'avance leur tracer la manière dont ils doivent en faire usage. Il faut, ajoute-t-il, pour leur emploi, s'en rapporter *uniquement* au médecin qui, étant sur les lieux, peut en surveiller les effets. Or, il est bon de faire observer au lecteur que M. D. nous avertit, page 63, que depuis 1823 il se rend tous les ans à Plombières, dans la saison de l'usage des eaux thermales, pour y diriger les malades!

Quant aux réflexions critiques sur l'état actuel de la médecine en France, c'est tout simplement une diatribe dans laquelle M. D., ennemi de la nouvelle Ecole, et tout irrité encore, à ce qu'il paraît, du compte qui a été rendu de son *Traité de l'Imagination*, dans les *Annales* de M. Broussais, se déchaîne contre la doctrine physiologique, contre son chef et ses adeptes qu'il appelle *gastroïatres*, *entéroïatres*, les *romantiques* de la médecine, etc. Ici l'auteur n'est pas toujours resté dans les bornes que prescrit la politesse, et ne se montre pas juste en invoquant contre la nouvelle doctrine les fautes commises par quelques officiers de santé qui se disent médecins-physiologistes. Enfin, après avoir lancé grand nombre de sarcasmes contre ceux des médecins qu'il appelle *gommo-hirudinaires*, il cherche à les attaquer avec l'arme de la plaisanterie qu'il a mauvaise grace à manier, et qu'il serait bien facile de tourner contre lui.

M. ***

Traité sur la non-existence des fièvres essentielles; par H. H. Quotard-Piorry, *D. M. P. Paris et Poitiers*, 1830. *In*-8.° *pp.* 22. *Chez Compère jeune, à Paris; et chez F. A. Saurin, à Poitiers.*

L'auteur imbu, comme il le dit dans sa préface, des doctes leçons de M. Broussais, s'est hasardé à émettre ses idées sur les fièvres qualifiées d'essentielles; pour cela, il examine les six ordres de fièvres établis dans la Nosographie de Pinel, et il arrive à cette conclusion tirée du raisonnement et de l'observation : 1.° La fièvre inflammatoire ou angioténique consiste dans un état inflammatoire de la tunique interne des vaisseaux sanguins, et doit être désignée sous le nom de *phlébo-artérite;* 2.° la fièvre bilieuse est une *gastrite* continue, rémittente ou intermittente; 3.° la fièvre muqueuse est une *sub-irritation gastro-intestinale;* 4.° la fièvre putride ou adynamique n'est qu'une *gastro-entérite* plus ou moins intense liée à quelque lésion du poumon, du système vasculaire sanguin ou du cerveau. C'est à cette dernière complication qu'est due cette espèce d'asthénie des forces musculaires qui caractérise cette maladie : « La violence de l'irritation gastro-intestinale, dit l'auteur, occasionne sympathiquement l'engorgement des vaisseaux cérébraux, l'irritation du cerveau et de ses enveloppes; alors cet organe cesse de digérer les idées, de donner l'impulsion accoutumée aux organes de la vie de relation, de sorte que le malade tombe dans un état d'affaissement : état qui n'est qu'apparent pour le praticien exercé et qui observe judicieusement. » 5.° La fièvre maligne ou ataxique est une *gastro-entéro-encéphalite.* 6.° La peste ou fièvre adéno-nerveuse est une *gastro-entéro-encéphalo-adénite.* — Porterons-nous un jugement sur cet ouvrage, que l'auteur semble avoir écrit après un sommeil de dix ou douze ans, n'ayant qu'une connaissance vague et comme en songe, des progrès que la science a faits depuis le mémorable examen de M. Broussais? Cela serait assez inutile. Le choix du sujet est déjà une erreur; c'est là plus grande que nous reprocherons à M. Quotard-Piorry.

Dissertation sur le fongus médullaire de l'œil. Thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, par F. F. Baüer, *de Mülhouse Paris*, 1830. *In*-4.° 54 *pag. fig.*

L'auteur, après avoir dit ce qui lui a fait préférer la dénomination de fongus médullaire adoptée par M. Maunoir, et avoir reconnu, que si cette maladie peut se former dans les tissus environnans, elle naît bien plus souvent dans l'intérieur du globe de l'œil

lui-même, commence par établir avec précision le diagnostic, et tracer la marche que la maladie suit ordinairement; puis il passe aux anomalies qu'elle peut présenter. Les principales sont, que dans la première période, lorsque le fongus médullaire n'a pas encore traversé la pupille, celle-ci peut de nouveau se rétrécir, et rendre ainsi le diagnostic plus difficile; que le cristallin, malgré la compression qu'il éprouve, reste souvent jusqu'à une époque très-avancée de la maladie, sans perdre sa transparence; que le fongus, au lieu de traverser la cornée peut se faire jour à travers la sclérotique, et se trouve alors enveloppé de la conjonctive; enfin, un phénomène très-remarquable, nullement rare, et observé par M. Baüer lui-même, c'est une rétrogradation évidente du fongus au milieu du cours de la maladie; l'œil gonflé diminue subitement et se réduit quelquefois à un volume plus petit que le volume ordinaire. Plus tard, il s'accroît de nouveau au milieu d'accidens inflammatoires, qui sont ordinairement très-prononcés. Cette circonstance peut se répéter; d'autres fois, l'œil ne reprend plus son volume antérieur, mais dans ce cas la maladie gagne du côté du cerveau. M. Lawrence paraît avoir observé cette marche singulière de la maladie, mais il ne dit pas quel en fut le résultat. (*Traité des maladies des yeux*, traduit par M. Billard, 1830.) M. Baüer passe ensuite à l'anatomie pathologique, et ce n'est pas là la partie la moins intéressante de son travail. Il résulte des faits qu'il a recueillis ou puisés dans les auteurs, que le fongus médullaire de l'œil n'a pas toujours, comme quelques médecins le prétendent, le même tissu pour point de départ. Il peut débuter par le corps vitré, la choroïde, l'iris, la sclérotique, la gaîne des nerfs optiques, la dure-mère, la conjonctive, la glande lacrymale, le tissu cellulaire adipeux de l'orbite, mais surtout par la rétine, principalement auprès de l'entrée du nerf optique, et quelquefois dans ce dernier même, enfin par le cerveau lui-même. Sur trente-quatre observations que l'auteur a rassemblées, quatorze appartiennent au sexe féminin, et autant au sexe masculin, dans six cas le sexe n'est pas indiqué; trente-deux malades avaient moins de 12 ans, les deux autres 20 et 38 ans; sur sept seulement la maladie s'étendit plus tard aux deux yeux; mais le fongus ne parvint jamais à un si grand degré de développement dans l'œil qui était le dernier affecté. La maladie durait de quatre mois à quatre ans; chez un malade observé par l'auteur, elle durait depuis dix ans. Passant à l'étiologie, il rappelle les diverses circonstances qui ont été citées comme pouvant donner naissance au fongus médullaire de l'œil; il ne nie pas leur influence, mais le mal lui paraît presque toujours avoir pour condition essentielle une *disposition primitive et particulière de l'individu*. Enfin, il confirme cette triste vérité, que le fon-

gus médullaire de l'œil est tout-à-fait au-dessus des ressources de l'art. Il termine en rapportant cinq observations que lui a communiquées M. Chelius, professeur à Heidelberg. Il a lui-même observé les malades, et c'est surtout d'après ces faits qu'il a tracé l'histoire de la maladie.

Deux planches, dont une coloriée, représentent le fongus médullaire de l'œil à divers degrés de son développement, et donnent une très-bonne idée de la maladie. Nous croyons en avoir assez dit pour faire connaître le mérite de la dissertation de M. Baüer.

De la paralysie partielle de la face et de son traitement; par M. Pichonnière, *D. M. P. Paris.* 1830. *In*-8.° *de* 26 *pages. Chez M.elle Delaunay.*

Des faits nombreux d'anatomie pathologique et les vivisections ont fait connaître d'une manière positive les véritables fonctions de la septième paire de nerfs, que les recherches de Ch. Bell et de Shaw, sur le système nerveux, avaient déjà fait considérer comme le nerf moteur de la face. Aussi, n'est-ce pas sous ce rapport que M. Pichonnière publie les faits qui composent son mémoire. Il a voulu seulement signaler les bons effets d'un agent thérapeutique qui, après avoir été trop vanté lors de sa découverte, est tombé dans un oubli qu'il ne mérite pas, je veux parler de l'électricité. L'auteur rapporte huit observations de paralysie partielle de la face. A l'exception d'un seul malade qui avait fait une chute sur le même côté de la tête où siégeait la paralysie, celle-ci est toujours survenue spontanément, chez les individus; la cause est restée inconnue; chez trois autres, la maladie paraît avoir été produite par l'impression de l'air froid sur le visage. Ces malades avaient été pendant un temps plus ou moins long et sans aucun succès, saignées, purgés, émétisés et soumis à l'action de la plupart des irritans locaux, quand on eut recours à l'électricité, qui avait déjà, en pareil cas, réussi à Mauduyt, Hallé, etc., etc.

Voici la manière dont M. Sarlandière a dirigé le traitement : des étincelles et de légères commotions électriques, au moyen de la bouteille de Leyde, étaient administrées sur la partie malade, dans la direction des fibres musculaires paralysées, et quelques minutes après le malade était soumis à l'électro-puncture. Quatre à cinq aiguilles et quelquefois plus, étaient enfoncées à la profondeur d'un pouce à

peu-près, l'une à la sortie du nerf facial, les autres sur le trajet de ses branches. Deux de ces aiguilles, en contact avec un fil de métal, communiquaient avec l'un des pôles d'une cuve à auge, les autres étant en communication, par le même moyen et de la même manière, avec le pôle opposé; six à huit élémens étaient compris entre les deux pôles. Sept à douze séances de vingt minutes à une demi-heure, ont suffi pour procurer une guérison complète. Chez le premier malade, dont l'affection datait de sept mois, il fallut 25 séances. Il paraît résulter de ces expériences que le liquide acide avec lequel on charge la cuve galvanique, exerce une grande influence sur le résultat du traitement; quelques acides agissent sur la sensibilité et d'autres sur la contractilité. En général, l'acide sulfurique est celui qui provoque les contractions les plus fortes, et le nitrique, les douleurs les plus vives.

Nous pensons que le mémoire de M. Pichonnière, quoique ne contenant rien de nouveau, sera lu avec intérêt, et qu'il sera utile en empêchant les médecins, appelés à traiter des malades affectés *spontanément* de paralysie partielle de la face, de les soumettre au traitement ordinaire, qui échoue presque constamment, pour leur administrer de suite l'électricité et l'électro-acupuncture, dont l'action est d'autant plus prompte et plus énergique que la maladie est moins ancienne.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

OCTOBRE 1830.

Mémoire sur le traitement des fièvres graves connues sous les diverses dénominations de gastro-entérite, dothinentérite, et caractérisées anatomiquement par l'engorgement et l'ulcération consécutive des follicules intestinaux; par M. Dance, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.* (II.me article.)

Quatrième série de faits.

Obs. XVII.e — Un maçon, âgé de 18 ans, d'une bonne constitution, était tombé malade peu-à-peu, éprouvant de la courbature, des lassitudes générales, de la céphalalgie avec perte d'appétit. Au 8.e jour (2 juillet 1825), il fut reçu à l'hôpital dans l'état suivant : face triste, abattue; chaleur âcre et sèche de la peau, soif vive, langue humide, mais rouge à ses bords et saburrale au centre, ventre légèrement météorisé, non douloureux à la pression, peu de dévoiement, fréquence modérée du pouls. 13 sangsues appliquées à l'épigastre ne produirent aucun soulagement. (*Le 4, on prescrit une décoction de quinquina, une limonade alcoholisée, et un julep avec l'extrait de quinquina,* ʒ j.) Le 5, même état, si ce n'est que la langue s'est un peu desséchée. Le

6, il survient beaucoup de dévoiement qui reparaît de temps à autre les jours suivans : nonobstant l'état du malade n'empire point; au contraire, la langue dérougit et s'humecte, la peau acquiert une bonne température, le pouls devient calme; il reste seulement un peu de tristesse et de stupeur dans l'expression de la face. Le 14, le dévoiement continuant, on suspend les toniques qui sont remplacés par la *décoction blanche* et un julep gommeux contenant ʒj de thériaque. Le 18, le dévoiement diminue et cesse le 20. A cette époque, la face avait repris son expression naturelle, il n'y avait plus de fièvre, le malade se levait et demandait à manger; on lui accorde le quart de portion : enfin le 22 il semblait avoir récupéré toutes ses forces et se trouvait tellement bien qu'il a désiré quitter l'hôpital; sa convalescence nous a paru s'établir de la manière la plus franche.

Obs. XVIII.ᵉ — Un maçon, âgé de 22 ans, grand, fort et sanguin, avait depuis quatre jours (3 juillet 1825), un peu de dévoiement; il se plaignait d'un brisement général, éprouvait une céphalalgie sus-orbitaire assez intense, de l'amertume à la bouche et quelques envies de vomir; la langue était molle, humide, mais saburrale et légèrement bordée en rouge; il y avait une certaine chaleur à la peau, mais peu de fréquence dans le pouls. On administre en deux doses, gr. xviij d'ipécacuanha qui déterminent un grand nombre d'évacuations par haut et par bas. Le lendemain, le malade n'est point soulagé. Au 3.ᵉ jour, la langue rougit davantage sur ses bords, le dévoiement continue. (*Décoction de quinquina, limon. aromatisée, julep extrait de quinquina* ʒj.) Au 4.ᵉ jour, abattement, prostration, langue commençant à se dessécher à son centre, tête libre, point de sensibilité contre-nature dans le ventre, pouls petit et peu fréquent. (*Même prescript.*) Au 5.ᵉ et 6.ᵉ jours, tous les symptômes sont

en mieux, langue humide, face ouverte, réponses faciles, dévoiement modéré, bonne température de la peau, calme du pouls, appétence pour les alimens. (*Même prescript.*) Au 10.e jour, le dévoiement continuant encore, on supprime le quinquina qui est remplacé par un julep contenant ℥ß de thériaque et une tisane adoucissante. Plus tard, cette amélioration fait des progrès, le malade paraît entrer en convalescence, on lui donne des alimens dont on augmente graduellement la quantité; mais çà et là surviennent quelques traces de fièvre et un peu de dévoiement qui forcent à diminuer cette alimentation; enfin la convalescence s'établit d'une manière décisive, et au bout de trois semaines le malade était en état de quitter l'hôpital.

Obs. XIXe — Un garçon boulanger, âgé de 17 ans, d'une bonne constitution, malade depuis cinq jours, lorsqu'il fut reçu à l'hôpital (2 juillet 1825), avait éprouvé au début de la céphalalgie, des douleurs de reins, un malaise général suivi d'une perte complète d'appétit. Ces symptômes persistaient encore lorsqu'il fut soumis à notre observation; il s'y était joint une soif assez vive et une douleur à l'épigastre augmentant par la pression; la langue était humide, mais cernée par un bord rouge; le malade offrait en outre une certaine expression d'accablement dans la figure; il y avait peu de fièvre et point de dévoiement (12 *sangsues à l'épigastre, eau gommeuse.*) Au 5.e jour, ces symptômes n'ayant subi aucun amendement, à part la douleur épigastrique, la langue étant toujours humide et la fièvre modérée, *on prescrit une décoction de quinquina, un julep avec* ℨ j *d'extrait de quinquina.*) Le 4.e jour, moiteur à la peau. Le 5.e, amélioration, expression plus naturelle de la face. Au 8.e, convalescence, appétit, moiteur continuant à la peau, suspension des toniques, légère alimentation. Les jours

suivans, le malade quitte le lit, satisfait son appétit, sans en éprouver aucun accident; enfin il sort de l'hôpital le 25 juillet, dans un état de santé parfaite.

Obs. XX.ᵉ — Un mégissier, âgé de 23 ans, d'un tempérament sanguin, ayant éprouvé les prodrômes ordinaires des maladies aiguës, tomba peu-à-peu dans l'état que voici (28 juin 1825) : décubitus dorsal, face triste, chaleur âcre de la peau surtout à la paroi antérieure de l'abdomen où cependant la pression ne déterminait pas de douleur, langue humide mais bordée en rouge et lisse à son centre comme si elle tendait à se dessécher, pouls peu fréquent, mais très-dépressible, intelligence saine, plusieurs selles en dévoiement dans les vingt-quatre heures. Il y avait dix jours que cet état de maladie avait commencé; on avait appliqué dix sangsues à l'anus, administré des boissons adoucissantes, et tenu le malade à la diète, sans qu'il y eût un changement bien notable dans sa position. (*Décoct. de quinquina, limonade aromat., julep extr. de quinquina* ʒ j, *lavement émol.*) Le lendemain, la langue se dessèche complètement, le pouls reste faible et peu fréquent. (*Même prescript.*) Au 4.ᵉ jour, la face est plus ouverte, la langue s'humecte, la chaleur de la peau diminue. Mais pendant plusieurs jours le malade reste dans un état incertain de convalescence ou de maladie, la peau conserve encore un fond de chaleur; toutefois le dévoiement cesse, le pouls se maintient dans l'état naturel, enfin l'appétit se prononce. Au 8.ᵉ jour, on réduit l'extrait de quinquina à ʒß; puis ℈ j. Au 15.ᵉ jour, on en suspend entièrement l'usage; le malade entre en pleine convalescence, et à sa sortie de l'hôpital le 25 juillet, il supportait la demi-portion d'alimens sans aucun inconvénient; sa langue était naturelle, il n'y avait plus ni fièvre ni dévoiement; toutefois la face conservait encore un reste d'expression propre aux affections abdominales.

Nous voici parvenus aux cas de guérison opérées sous l'influence des toniques : ces guérisons sont vraies, et l'esprit de système ne saurait être assez aveugle pour ne pas les reconnaître. On aura beau dire qu'à l'époque où ces toniques ont été administrés, il existait des symptômes d'inflammation gastro-intestinale, et que, dans cet état de choses, une pareille médication ne pouvait être que contraire. En théorie, on admettra le principe, si l'on veut ; mais en fait, on est obligé de nier la conséquence ; ce qui ne nous empêchera point d'examiner dans quelles circonstances et quelles conditions ces guérisons ont été obtenues : or, y avait-il parité d'affections et parité de symptômes entre ces derniers cas et ceux que nous avons décrits précédemment ? A-t-on eu réellement à faire à quelques-unes de ces fièvres qui portent spécialement leur atteinte sur les follicules intestinaux ? Il est permis d'en douter quand on considère la bénignité de la maladie et l'absence des phénomènes graves qui accompagnent ordinairement les fièvres dont nous parlons, tels que la prostration, la stupeur, le délire, les soubresauts des tendons, le météorisme du ventre, etc., de sorte qu'on est porté à penser que si les malades ont guéri, c'est d'une affection légère qui aurait guéri sans les toniques comme avec les toniques : nous nous trompons, car chez deux d'entre eux (*Obs.* XVII.e et XVIII.e), on a été obligé de supprimer le quinquina pour faire cesser le dévoiement ; et d'ailleurs ce médicament n'a point été associé au camphre et à l'acétate d'ammoniaque, administré par des voies diverses et à des doses élevées et prolongées, comme nous l'avons vu précédemment. Tout ce que l'on peut conclure de ces faits, c'est que les toniques ne font pas tout le mal qu'on serait porté de leur attribuer d'après la nature des symptômes ; mais ce serait se tromper grandement que de vouloir

baser l'emploi du quinquina dans les fièvres graves, sur des succès de cette nature. Arrivons du reste à des cas plus évidens où nous verrons la nature lutter avec plus d'énergie encore contre la maladie et le remède à-la-fois.

Cinquième série de faits.

Obs. XXI.[e] — Un couvreur âgé de 16 ans, assez développé pour son âge, sanguin, coloré, était malade depuis neuf jours, lorsqu'il fut reçu à l'hôpital (20 mai 1824). Il avait éprouvé au début un malaise général, une céphalalgie assez forte accompagnée de fièvre. Nous le trouvâmes dans un état fort léger de maladie : à part un peu de rougeur à la langue, de chaleur à la peau et de fréquence dans le pouls, jointe à un certain accablement des forces, on n'observait aucun autre symptôme. Pendant deux jours il fut mis à l'usage d'une simple tisane adoucissante. Mais la nuit du 21 au 22, agitation momentanée portée jusqu'à un commencement de délire ; le lendemain, face triste, yeux cernés, langue rouge, lisse et sèche; toutefois, le ventre est souple, indolent; il n'y a point de dévoiement. Le pouls est peu différent de l'état naturel. (*Infusion de quinquina gommée et aromatisée, julep extrait de quinquina* ʒß, *sinap. aux jambes.*). Le 23, aucun changement, si ce n'est un peu plus de chaleur à la peau et une sorte *d'hébétude* faciale qui n'existait pas la veille. (*Même prescription*, ʒj *d'extrait de quinquina dans le julep*). Le 24, retour de l'agitation et du délire pendant la nuit, commencement de stupeur, embarras dans les idées et les réponses, chaleur brûlante à la peau, trois selles en dévoiement. (ʒjß *d'extrait de quinquina dans le julep.*) Le 25, stupeur plus profonde, langue lisse, rouge et sèche; pouls petit, faible et peu fréquent. (ʒj *d'extrait de quinquina dans le julep.*) Le 26, la langue s'humecte, il y a moins d'accablement et

de stupeur; toutefois, le ventre se ballonne, le dévoiement est abondant. (*Même prescription.*) Le 27 et jours suivans, les symptômes reviennent au même état que précédemment; chaque nuit le malade éprouve un peu de délire; le matin il paraît calme, la langue ne s'humecte que momentanément, le dévoiement redouble. Au 31 mai, la peau était profondément chaude, sèche et âcre au toucher, la face entièrement stupide; la langue n'était tirée qu'avec peine, et le malade l'oubliait entre ses dents; il était plongé dans un assoupissement presque continuel. (*Limonade aromatisée, julep extrait de quinquina* ℥ij, *acétate d'ammoniaque* ℈j *sinapis., eau rougie.*) Le 2 juin, même état d'assoupissement, encroûtement des gencives, quelques soubresauts des tendons, ventre météorisé, douloureux à la pression vers l'épigastre, pouls toujours petit et peu fréquent. (*Suspension du quinquina, quinze sangsues à l'épigastre.*) Le 3, aucun changement, urines retenues dans la vessie, et qu'on est obligé d'extraire à l'aide du cathétérisme. (*On revient à l'infusion de quinquina, au julep avec l'extrait de quinquina* ℥j, *acétate d'ammoniaque* ℈j.) Le 4, subdélirium, surdité, demi-coma. Le 5, exacerbation fébrile, délire pendant la nuit. Le 6, le malade est plus réveillé, ses idées sont plus nettes, ses réponses plus faciles, le ventre moins ballonné, la langue moins sèche, le pouls faible mais sans fréquence. Les jours suivans, cette amélioration fait des progrès, la langue dérougit et s'humecte en totalité; la connaissance revient en entier, une petite escarrhe se développe sur le coccyx. Malgré cette amélioration, la face conserve une expression particulière de stupidité, le malade pousse des cris presque continuels, surtout pendant la nuit; son dévoiement reparaît de temps à autre, la peau reste sèche. Au 12 juin, on supprime entièrement le quinquina, qui a toujours été pris avec beaucoup de

répugnance, et on le remplace par la décoction blanche et les juleps gommeux. Au 21, la maigreur avait fait des progrès considérables, cependant l'expression de la face était plus naturelle, les cris avaient cessé, mais un dévoiement rougeâtre continuait. Le 1.er juillet, on administre quelques bains hydro-sulfureux qui amènent un peu de moiteur à la peau; insensiblement le malade paraît entrer en convalescence. Au 17 juillet, il commençait à quitter le lit; on le tenait à un régime sévère, à du riz pour toute alimentation. Enfin, le 14 août, à travers les écueils d'une convalescence troublée sans cesse par le dévoiement, il avait repris un peu de force et d'embonpoint, et a désiré quitter l'hôpital, ne nous paraissant pas encore entièrement rétabli et hors de tout danger.

Obs. XXII.e — Un commissionnaire âgé de 18 ans, bien constitué, se disait malade depuis six jours lors de son entrée à l'hôpital (18 mai 1824). Il offrait alors tous les symptômes d'une légère irritation gastro-intestinale, avait la langue rouge sur ses bords, beaucoup de soif, un peu d'endolorissement dans le ventre, une certaine chaleur vive et pénétrante à la peau, avec fréquence dans le pouls; il présentait enfin cette tristesse et cet espèce d'abandon musculaire propre aux affections de cette nature. On le mit à l'usage des boissons adoucissantes, auxquelles on ajouta bientôt deux lavemens, contenant chacun six grains de camphre. Au sixième jour, 24 mai, prostration, décubitus dorsal, commencement de stupeur; langue rouge, lisse et sèche; peu de fièvre le matin, mais redoublement chaque soir avec délire pendant la nuit, quelques selles en dévoiement. Le 25, météorisme du ventre, propension à l'assoupissement. (*Vésicatoires aux jambes, compresses imbibées d'oxycrat sur la tête, foment. alcoholisées sur le ventre.*) Le 27, stupeur plus profonde, soupirs involontaires, langue comme rôtie,

soif extrême, ballonnement énorme du ventre. (*Suspension des lavemens camphrés, limonade et eau de tamarin, sinapismes aux pieds.*) Les jours suivans, ces symptômes varient peu; seulement les nuits sont plus calmes, et l'on tire plus facilement le malade de son assoupissement. Le 30, on applique dix sangsues à l'épigastre, où existait de la douleur par la pression. Le 31, aucun changement. (*Julep extrait de quinquina* ʒj.) Au commencement de juin, l'assoupissement se convertit en un état comateux; le malade tombe dans une sorte d'insensibilité presque générale, et dont on ne le retire que momentanément; s'il sort la langue, il la laisse involontairement entre les arcades dentaires; le pouls est petit et presque sans fréquence. Le 5, il paraît moins engourdi et se réveille plus facilement. Le 6 et le 7, il revient entièrement à lui-même; un petit suintement puriforme s'établit par les oreilles. Plus tard cette amélioration fait des progrès; la langue s'humecte, le ventre s'affaisse, mais il reste un fond de stupeur qui imprime un caractère particulier à la physionomie. Le 12, on supprime toute médication tonique, le mieux continue, la face paraît s'ouvrir et se dérider; l'appétit se prononce, on permet quelques potages au riz. Au 23, incohérence dans les idées, hallucinations telles que le malade s'imagine qu'on veut le tuer. Le 25, il avait encore l'air stupide et préoccupé. Le 30, les mêmes craintes chimériques le poursuivaient, il était incapable de répondre à aucune question, et marmottait à voix basses quelques paroles insignifiantes. On l'avait mis au quart d'alimentation, qu'on est obligé de suspendre à cause du dévoiement qui en était la suite, on le réduit au lait pour toute nourriture. Du reste, à part cet accident et l'état particulier de déraison dont nous avons parlé, on l'aurait dit en pleine convalescence. Enfin, au 15 juillet, ses parens ont désiré le transporter à

la campagne, pensant qu'il se rétablirait plus facilement qu'à l'hôpital. Alors il supportait quelques alimens, s'était un peu remis de son état de maigreur, mais conservant dans l'expression de la physionomie quelque chose d'idiot; ses facultés intellectuelles et ses discours étaient en rapport avec cette expression.

Obs. XXIII.e — Un mécanicien, âgé de 16 ans, d'une bonne constitution, accusait huit jours de maladie lorsqu'il fut reçu à l'hôpital (16 avril 1824). Il disait avoir du dévoiement depuis cette époque, avait perdu entièrement l'appétit, éprouvait des envies de vomir ou des vomissemens chaque fois qu'il prenait un peu de bouillon. La tête était douloureuse, le ventre chaud et sensible à la pression vers l'épigastre, la langue rouge à ses bords, la soif vive; il y avait beaucoup de fièvre et un abattement considérable. (*Vingt sangsues à l'anus.*) La nuit suivante, agitation désordonnée voisine du délire. Le 17, léger amendement, diminution de la fièvre. (*Quinze sangsues à l'épigastre, catapl., tisane de gom. arab.*) Le 18, on applique de nouveau vingt sangsues à l'anus, sans beaucoup de soulagement. Le 19, rêvasseries, agitations nocturnes, langue toujours bordée en rouge, ventre un peu météorisé, moins douloureux à la pression que les jours précédens, fièvre modérée, dévoiement borné à une selle. (*Deux demi-lavemens avec camphre gr.* vj *dans chaque.*) Le 20, face très-colorée, quelques soubresauts de tendons. (*Limonade aromatisée, deux demi-lavemens, camphre gr.* xij *dans chaque.*) Le 21, commencement de stupeur, lèvres encroûtées, langue sèche et comme écailleuse à son centre, ventre ballonné, sonore à la percussion, douloureux à l'épigastre et dans les flancs, râle sec dans la poitrine, pouls petit et fréquent (*gr.* vj *de camphre dans chaque lavement*). Les jours suivans, cet état ne s'améliore point; seulement la

langue est un peu moins sèche. Le 24, il survient beaucoup de dévoiement; à la prescription ordinaire on ajoute dix sangsues à l'anus. Le 25, prostration, décubitus dorsal, parole confuse, incohérence des idées, face d'un rouge d'ocre, soif extrême, météorisme croissant du ventre, petitesse du pouls, soubresauts des tendons. (*Décoction de quinquina, julep extrait de quinquina* ʒß, *fomentations animées d'eau-de-vie camphrée sur le ventre.*) Le 26 et le 27, langue brune et sèche, face vultueuse, subdélirium, assoupissement. (*On supprime le quinquina, on revient aux demi-lavemens avec camphre gr.* vj.) Le 28, *julep avec acétate d'ammoniaque* ℈ j. Le 29, xij *gr. de camphre dans chaque lavement.* Le 30, *décoction de quinquina, julep extrait de quinquina* ʒj, *et acétate d'ammoniaque* ℈ j. Aucun changement pendant tout ce temps. Au commencement du mois de mai, un peu d'amélioration se manifeste; le météorisme abdominal et la fièvre diminuent, la tête paraît moins embarrassée, la langue s'humecte sur ses bords. Le 2 mai, on supprime le julep et la décoction de quinquina, on maintient seulement les lavemens avec six grains de camphre. Le 7, ces lavemens sont supprimés à leur tour, *on prescrit définitivement une limonade et de l'eau rougie pour tisane, plus un julep avec* ʒß *extrait de quinquina.* Au 10 mai, après quelques variations, le malade se trouvait évidemment dans un état meilleur; il était extrêmement maigre, mais la face était plus naturelle, la connaissance plus entière, la langue plus humide; la fièvre était tombée en grande partie : le dévoiement avait cessé ainsi que le météorisme du ventre. Le 11, on supprime le julep tonique. Les jours suivans, cette amélioration se maintient, l'appétit se déclare; on permet d'abord des potages, puis le demi-quart et le quart de portion; mais pendant long-temps cette alimentation, quoi-

que légère, est supportée avec peine. Au 19 mai, une indigestion survient avec le retour de la fièvre et du dévoiement, ce qui force à revenir à l'usage de simples potages. Plus tard, nouvelle indigestion avec les mêmes accidens qui durent pendant plusieurs jours, et ne sont encore amendés qu'à l'aide d'un régime plus sévère. Enfin, pendant tout le cours du mois de juin, on observe ces récidives pour peu qu'on augmente les alimens, et le malade maigrit de plus en plus. Au 1.er juillet, le dévoiement se modère peu à peu sous l'influence du régime, de la décoction blanche et de quelques grains d'opium; la convalescence paraît s'établir d'une manière plus franche, en même temps que des abcès furonculeux se manifestent aux jambes. Par la suite, l'alimentation est supportée, la maigreur disparaît, et le malade quitte l'hôpital au 24 juillet, après trois mois et demi de maladie, paraissant alors dans un état tout-à-fait satisfaisant.

Obs. XXIV.e — Un tourneur, robuste et sanguin, fut pris vers le commencement de mai 1824, de lassitudes générales et de céphalalgie; il avait perdu ses forces, disait-il, et pour les rappeler, il prenait chaque jour des tasses de vin chaud; son mal empira rapidement. Le 11, il fut reçu à l'hôpital, ayant beaucoup de dévoiement, une grande soif, de la douleur à l'épigastre, la langue contractée et rouge sur ses bords, une fièvre assez forte. Trente sangsues appliquées à l'épigastre ne l'ayant soulagé que momentanément, on y revint le lendemain. Le 13 mai, la douleur épigastrique avait diminué, mais le malade se plaignait d'une nouvelle douleur, rapportée au côté gauche de la poitrine, où l'on entendait un peu de râle crépitant; du reste, il n'y avait point de gêne apparente de la respiration, de toux et d'expectoration sanguine; le pouls avait de la plénitude, de la force et de la fréquence. (*Quatre ventouses sur le côté affecté, vésicat.*

aux jambes.) Le 15, déjettement, chaleur considérable de la peau, respiration accélérée, plus de douleur accusée par le malade, bien que l'état de la poitrine soit le même par l'auscultation. (*Demi lavement camphré, gr.* vj, *vésic. volant sur la poitrine.*) Le 16, la prostration fait des progrès, le râle crépitant diminue. (*Au lavement camphré, on ajoute un julep avec* ℈ j *d'acétate d'ammoniaque.*) Le 17 et le 18, langue brune et desséchée, plusieurs selles en dévoîment. Les jours suivans, le malade paraît mieux chaque matin, mais au soir, il éprouve un fort redoublement fébrile, et conserve habituellement une expression de stupeur sur la face, toutefois le râle pectoral cesse, le dévoiement diminue. Le 26, on supprime les lavemens camphrés et l'acétate d'ammoniaque. Au commencement de juin, l'appétit se déclare; on le satisfait modérément, non sans quelques récidives du dévoiement; en même temps, apparaissent des abcès nombreux autour des jambes, ce qui retient le malade au lit pendant tout le cours du mois. Au 5 juillet, de nouveaux abcès se développent aux cuisses; tous fournissent une suppuration de bonne nature, et se cicatrisent dans peu de temps. Enfin, le 16 août, le malade était entièrement débarassé de tous ces accidens, il avait repris de l'embonpoint, sa convalescence paraissait sûre; il éprouvait seulement de la gène dans les mouvemens des jambes, et de l'enflure à ces parties, lorsqu'il marchait pendant quelque temps.

Voici encore des guérisons survenues après l'usage des toniques; celles-ci appartiennent ben réellement aux malades dont nous nous occupons; mais quelles guérisons! il a fallu plus de trois mois pour que les malades parvinssent à un état de santé passable; pendant ce temps, que de souffrances n'ont-ils pas éprouvées! que de périls n'ont-ils pas courus! de combien de récidives n'ont-ils pas été me-

nacés ! Encore deux d'entr'eux (*Obs.* XXIe et XXIIe) conservent-ils une susceptibilité fâcheuse à être repris du dévoiement, et l'un (*Obs.* XXIIe) emporte-t-il un dérangement intellectuel voisin de la folie, triste reste de l'assoupissement profond dans lequel il a été plongé ; quant aux derniers, (*Obs.* XXIIIe et XXIVe) il ne faut pas oublier qu'ils n'ont peut-être dû leur salut qu'à une crise salutaire, manifestée par des abcès nombreux aux extrémités inférieures : d'ailleurs chez l'un (*Obs.* XXIVe) les toniques ont été employés avec beaucoup de modération. Ces guérisons ne déposent-elles pas contre les toniques, presque à l'égal des cas funestes ? et n'a-t-on pas créé des maladies de toute pièce, lorsqu'on a eu recours (dans des cas simples et bénins, (*Obs.* XXIe et XXIIe) à des médicamens dont il est si facile de suivre les progrès fâcheux, en lisant nos observations ?

Voyez d'ailleurs quelle incertitude, quelle versatilité dans le traitement ! On débute par quelques antiphlogistiques ; et pourquoi donc ne pas attaquer franchement, dès leur invasion, ces maladies par les toniques, si le quinquina est leur remède ? Plus tard, on applique quelquefois (*Obs.* XXIIIe) des sangsues à l'épigastre et à l'anus, en même temps qu'on administre des juleps avec l'extrait de quinquina, des lavemens camphrés. Pourquoi donc encore ? Est ce qu'il y a dans la même maladie et au même moment, deux état divers, réclamant par la même voie, des moyens opposés ? Ce n'est pas tout, on suspend et on administre tour-à-tour le quinquina et le camphre, on en varie les doses presque d'un jour à l'autre (*Obs.* XXIIIe), comme si la maladie, fondalement une, réclamait des modifications aussi brusques, il semble qu'aujourd'hui on ait dépassé les bornes des effets qu'on voulait obtenir, que demain on s'arrête, pour recommencer ainsi de suite. Combien peu sûre est une pareille médica-

tion! Vient enfin une époque où l'on est obligé de supprimer tous ces remèdes incendiaires; le malade a de l'appétit, mais il n'est point en état de digérer; on lui donne des alimens, mais il a aussitôt de la fièvre et du dévoiement; (*Obs.* XXI.ᵉ, XXII.ᵉ, XXIII.ᵉ) Alors on a recours à la décoction blanche, au lait, à la diète. Pourquoi ce changement, dans la méthode thérapeutique, pourquoi ne restaure-t-on pas le malade avec du quinquina, dont on a fait la base du traitement? c'est qu'on a reconnu qu'il y avait de *l'irritation* dans la maladie. Ainsi l'on finit comme on aurait toujours dû faire.

Mais, citons encore quelques exemples de guérisons opérées à travers ces tâtonnemens et dont on croit faire l'honneur aux toniques. On a essayé ces moyens une, deux, trois, quatre fois; on les a fait précéder et remplacés par un traitement antiphlogistique, et parce que la maladie s'est terminée d'une manière favorable, on ira dire que c'est aux toniques qu'il faut l'attribuer? Examinons ces cas.

Sixième série de faits.

Obs. XXV.ᵉ — Un imprimeur, âgé de 24 ans, fort et sanguin, fut reçu à l'hôpital, le 28 juillet 1824, dans un état qui le rendait incapable de fournir aucun renseignement précis; nous apprîmes seulement qu'il était malade depuis dix-huit jours, et qu'on ne lui avait fait subir aucun traitement actif; il était plongé dans une sorte de torpeur intellectuelle, saisissant mal nos questions et y répondant mal; en un mot, il avait l'air stupide; en même temps, décubitus dorsal, chaleur vive et mordicante à la peau, ventre légèrement ballonné, indolent à la pression, langue encroûtée, épaisse, rouge à ses bords, respiration naturelle mais sybillante à l'auscultation, fréquence et plénitude du pouls. (*Quinze sangsues à l'épigastre, autant à l'anus, gomme arab., foment. émoll.*) Le

29, point de changement en mieux, sous le rapport de l'expression de la face, qui paraît même plus hébétée, mais le ventre est moins tympanisé; le pouls a perdu de sa fréquence, la peau entre en moiteur; trois selles en dévoiement depuis hier. (*Julep, extrait de quinquina,* ℥ ij, *éther*, ℈ j, *eau rougie, sinap. aux extrémités.*) Au soir, redoublement, chaleur plus forte, quelques signes d'agitation, qui, pendant la nuit, se convertit en un délire violent. Le 31, calme, tranquillité, mais égarement de la face, langue sèche et croûteuse, ventre douloureux dans les régions iliaques, plusieurs selles en dévoiement, moiteur continuant à la peau. (*Suspension du quinquina, gomme arab., julep, acide borique, gr.* xij, *lavement frais.*) Le 1.er août, six sangsues sont appliquées derrière les oreilles, afin de calmer l'agitation renaissante du malade. Le 2, il était moins stupide, paraissait recouvrer la connaissance, avait toutefois une grande peine à s'exprimer, à cause de l'épaisseur et de la sécheresse de la langue; on observait, en outre, quelques tremblemens des mains avec secousse des tendons, le pouls était petit et dépressible. (*Même prescript.*) Le 3, éruption anomale de très-petits boutons vésiculeux, confluens, blanchâtres à leur sommet, reposant sur un fond rose de la peau. Cette éruption, manifeste d'abord à la partie supérieure de la poitrine, a gagné successivement le dos, le ventre et même les membres, sans rien changer d'ailleurs à l'état du malade. Le 4, obtusion des sens, engourdissement soporeux, tremblemens musculaires, soubresauts des tendons, élévation des globes oculaires qui laissent à découvert le blanc des yeux, langue toujours sèche et encroûtée. Du reste, la respiration est naturelle, le ventre souple et indolent; le pouls sans fréquence, mais dépressible, l'éruption a fait des progrès. (*Même prescript., plus, lavemens avec infusion de valériane et amidon.*) Au soir, amen-

dement qui devient encore plus marqué le 5 : les soubresauts des tendons cessent, les yeux reprennent leur direction naturelle, le malade sort de son état d'engourdissement, la langue s'humecte à ses bords ; l'éruption a perdu sa rougeur. (*Même prescript., lavement de valériane.*) Le 6, cette amélioration continue, se ralentit un peu le 7, mais se prononce de plus en plus les jours suivans. Au 9 août, la langue était entièrement humide, tout mouvement fébrile avait cessé, la peau s'en allait en écailles furfuracées, autour de l'éruption ; toutefois il existait encore un peu de dévoiement. (*Eau de riz ; suspension des lavemens de valériane.*) Au 20 du même mois, l'appétit se déclare, quelques alimens sont supportés. Au commencement de septembre, le malade se levait ; enfin il a quitté l'hôpital, le 20, dans un état parfaitement satisfaisant.

Obs. XXVI.ᵉ — Un perruquier, âgé de 20 ans, d'une bonne constitution, admis à l'hôpital, le 16 juillet 1824, se disait alors malade depuis huit jours ; il avait éprouvé au début, une grande céphalalgie accompagnée de bourdonnemens d'oreille, de lassitudes générales, de douleurs contusives dans les membres, et plus tard de dévoiement. On avait appliqué vingt sangsues à l'anus. A son entrée à l'hôpital, la céphalalgie et les bourdonnemens d'oreille persistaient ; le malade se plaignait encore d'un sentiment de brisement général ; il y avait une grande soif, la langue était sèche au centre, bordée en rouge vif, le ventre chaud, tendu par la contraction de ses muscles, indolent à la pression ; la respiration naturelle, le pouls fréquent et assez résistant. (*Six sangsues derrière chaque oreille, douze à l'anus, serum, foment. émoll. sur le ventre.*) Le 17, soulagement, moins de céphalalgie, moins de fièvre ; toutefois, point de sommeil ; sentiment de pesanteur à la région épigastrique, quelques vomissemens bilieux et spontanés, trois selles en dévoiement. (*Ipécacuanha* ℈j *en*

quatre doses.) Au soir, le malade a beaucoup vomi, il est plus agité et souffre davantage à la région épigastrique. (*Quinze sangsues sur cette région.*) Le 18, il était évidemment plus mal, avait la face altérée, la langue comme rôtie, le ventre toujours douloureux à l'épigastre et un dévoiement très-abondant; de plus, quelques vomissemens spontanés surviennent encore. (*Vingt-cinq sangsues à l'anus.*) Le 19, face plus naturelle, langue humide sur ses bords, moins de douleur à l'épigastre, moins de fièvre, persistance du dévoiement. (*Dix sangsues sur la région iliaque gauche, dix à l'anus; bain, lavement amilacé, gomme arab.*) Le 20, plus de douleur dans le ventre; une seule selle en dévoiement, pouls à peine fréquent, encore résistant, toutefois la peau reste chaude et la langue sèche. (*Saignée trois palettes.*) Le 21, retour de la douleur épigastrique, envies de vomir, et par momens vomissemens de matière liquide et claire, insomnie, chaleur considérable à la peau. (*Dix-huit sangsues à l'épigastre.*) Le 22 et le 23, amélioration bien prononcée, tant dans l'expression de la face, l'état de la langue, que dans la douleur abdominale; intelligence libre, fièvre modérée. Au 24, le dévoiement reparaît avec une certaine douleur dans le trajet du colon. (*Dix sangsues dans cette direction.*) La nuit suivante, révasseries, délire léger; le 25, langue plus sèche, plus racornie que la veille, peau conservant un fond de chaleur âcre, sans fréquence dans le pouls; d'ailleurs cessation des douleurs abdominales. (*Julep, extrait de quinquina, ʒ ij, éther, ℈ j, vésicat. aux jambes.*) Le 26, vomissemens de matières liquides verdâtres; toutefois le malade paraît mieux, il a plus de netteté dans les idées, plus de facilité à répondre, et ne souffre pas dans le ventre. (*Julep extr. de quinquina, ʒ j ß, éther ℈ j.*) Le 27, même état; seulement la langue est plus sèche, le ventre se ballonne, mais l'ex-

pression de la face paraît rassurante. (*Même prescript.*) Le 28, le malade paraît encore assez bien, sa langue s'est humectée sur ses bords, mais il ne dort point et éprouve encore du dévoiement. (*On supprime le quinquina, on revient à l'eau de gomme, plus un julep avec acide borique* gr. xij.) Les jours suivans cet état reste stationnaire, le ballonnement du ventre, la sécheresse de la langue persistent, mais le malade jouit d'un peu de sommeil, et l'expression de la face semble annoncer une prochaine convalescence. Au 5 août, l'appétit se déclare. (*Crême de riz.*) Le 6, les plaies résultant de l'application des vésicatoires aux jambes deviennent sanieuses, fétides; la langue se sèche de nouveau, un peu de fièvre reparaît. (*Cautérisation profonde des plaies avec le nitrate acide de mercure, ce qui a déterminé une douleur des plus vives, laquelle s'est prolongée pendant toute la journée.*) Le 9, décollement de l'escarrhe, qui laisse échapper une petite quantité de sang brunâtre; toutefois l'aspect des plaies est meilleur, mais elles sont long-temps à se cicatriser; ce n'est qu'au 3 septembre, et après des pansemens réguliers, qu'on est parvenu à en obtenir la guérison : pendant tout ce temps le malade est resté languissant, ayant de l'appétit et pouvant le satisfaire, mais avec peu d'alimens, éprouvant çà et là quelques rechutes, un peu de sécheresse à la langue, et du dévoiement qui forçait à diminuer l'alimentation. Enfin, une fois débarrassé de ses plaies, il a pu supporter une nourriture plus abondante, s'est rétabli promptement, et a quitté l'hôpital le 26 octobre. Alors il était dans un état florissant de santé.

Obs. XXVII.e — Un maçon, âgé de 24 ans, sanguin et robuste, tomba malade vers la fin de juillet 1824, après huit jours de prodrômes qui consistèrent en malaises généraux; il fut pris de dévoiement, on lui pratiqua une

saignée du bras qui ne le soulagea point ; enfin, au quinzième jour (10 août), il fut reçu à l'hôpital dans un état d'abattement considérable, couché sur le dos, ayant beaucoup de chaleur à la peau, quoique peu de fréquence dans le pouls, parlant avec lenteur, mais répondant juste ; sa langue était large, un peu sèche au centre, le ventre rétracté, indolent, le dévoiement persistait. (15 *sang. à l'anus, eau de riz, lavement de son.*) Le 11, commencement de stupeur, embarras dans la parole, sécheresse générale de la langue, mais sans rougeur à ses bords, soif vive, léger météorisme du ventre, persistance du dévoiement. (18 *sangs. à l'épi.* 12 *anus.*) Le 12 et le 13, même état de stupeur, divagations nocturnes, surdité, petitesse et fréquence du pouls, chaleur âcre de la peau, dévoiement moins abondant. (12 *sangs. anus.*) Le 14, aucun changement, yeux chassieux et rougeâtres. (4 *sangsues derrière chaque oreille, vésic. aux cuisses, julep, éther* ℥. ^ttes^ xij.) Le 15, délire pendant la nuit, langue desséchée et comme recoquevillée, face triste et stupide, pouls petit, faible et peu fréquent. (*Julep, extrait de quinquina* ʒ ij, *éther* ℈ j, *frictions alcohol. camphrée ; eau de Seltz.*) Le 16, amélioration dans l'expression de la face qui est plus ouverte et dans l'état des facultés intellectuelles qui sont moins engourdies, la langue s'est humectée sur ses bords, le pouls conserve le même caractère de faiblesse. (*Même prescript. ; on ajoute au julep* ʒj *d'acétate d'amm.*) Le 17, aggravation des symptômes, langue complètement sèche et encroûtée, fuliginosités sur les gencives, stupeur profonde, regard éteint, assoupissement dès qu'on cesse de parler au malade, plusieurs selles liquides roussâtres, sudamina nombreux sur la peau. (*Suspension du quinquina, eau fraîche pour toute boisson, bain.*) Le 18 et jours suivans, amélioration qui, après quelques variations, fait

des progrès tels, que le malade semblait entrer en convalescence ; la stupeur avait disparu, la langue s'était humectée, le dévoiement était peu abondant, la fièvre très-modérée. Au 25, décubitus naturel, connaissance entière, réponses justes, langue humide, large et sans rougeur contre-nature, mais le malade, qui est très-maigre, n'a point encore d'appétit. (*On revient pendant quatre jours à l'extrait de quinquina* ʒß *dans un julep avec quelques gouttes d'éther.*) D'abord on observe une sorte d'amendement, la face est plus vivante, l'appétit semble se déclarer, mais au 3.ᵉ jour le malade retombe dans son état de langueur digestive, sa peau est sèche, rugueuse, imperspirable, le ventre cave, le pouls petit et faible, les membres comme atrophiés par la maigreur. On supprime encore les toniques pour revenir aux boissons adoucissantes. Au commencement de septembre, la peau s'humecte; quelques crêmes de riz et bientôt des alimens plus substantiels sont supportés, la convalescence se prononce; toutefois le malade, à l'époque de sa sortie de l'hôpital (23 septembre), n'était pas encore entièrement rétabli ; il donnait des espérances fondées de guérison ; mais il était encore languissant et conservait un fond de sécheresse à la peau.

Obs. XXVIII.ᵉ — Un tailleur, âgé de 25 ans, fut pris au 21 septembre 1824, de tous les symptômes qui annoncent une irritation gastro-intestinale; il avait la langue bordée en rouge, l'épigastre sensible à la pression, beaucoup de soif et un peu de dévoiement avec fièvre. On mit le malade à l'usage de boissons adoucissantes, on fit trois applications de sangsues tant à l'anus qu'à l'épigastre. Bref, le dévoiement et les autres symptômes s'amendèrent. Mais le malade ayant pris clandestinement quelques alimens, le dévoiement reparut avec abondance. Alors on essaya pendant quelques jours, et inutilement, le

diascordium à la dose de ℨ j, et la décoction de simarouba avec canelle. Au 5 octobre, grand sentiment de faiblesse qui se peint sur la face par une immobilité des traits et une fixité du regard, parole et mouvemens lents; à peine le malade a-t-il la force de soulever les bras; point de chaleur morbide à la peau, point de fréquence dans le pouls qui est seulement petit et très-dépressible, langue d'un rouge tirant sur le violet, collante au doigt, comme vernissée, et ne s'humectant que momentanément, ventre cave. (*Décoction de quinquina, julep extrait de quinquina gr. xx, frictions avec l'éther acétique.*) Pendant la journée, envies de vomir après chaque prise de la décoction de quinquina, divagations la nuit suivante. Le 6, altération profonde de la face qui s'est grippée, langue complètement desséchée, douleur épigastrique telle, que la plus légère pression sur cette région fait changer l'aspect de la physionomie, efforts de vomissemens; du reste, petitesse extrême du pouls, température naturelle de la peau. (*On supprime le quinquina, catap. sur l'épig., gomme arab.*) Au soir, ces symptômes augmentent, la pression sur l'épigastre est insupportable. (*12 sangs. sur cette région.*) Le 7, amélioration, expression de la face plus naturelle, moins de douleur à l'épigastre, point d'efforts de vomissement, langue encore desséchée. (*Tisane gommeuse, catap.*) Le 8, nouvelles secousses de vomissement, retour de la douleur épigastrique à la même acuité. (*12 sangs. sur l'épig.*) Le 9, soulagement presque immédiat, et dès ce jour le malade entre en convalescence. Au 15 octobre, il supportait quelques potages. Le 20, il a désiré quitter l'hôpital, n'étant pas entièrement rétabli et ayant besoin de ménagemens, mais paraissant d'ailleurs en voie sûre de guérison.

Dans les quatre observations qui précèdent, les toni-

ques n'ont point fait la base du traitement; on n'y est arrivé qu'après avoir employé des antiphlogistiques en assez grand nombre; on les a tentés pendant un, deux ou trois jours seulement, avec cette réserve qui semble indiquer une méfiance du moyen. Dans le premier cas, il a suffi d'un seul essai pour y renoncer aussitôt, mais à une époque plus éloignée, lorsque des accidens nerveux graves existaient, nous avons vu quelques lavemens d'infusion de valériane suivis d'une amélioration bien marquée. Dans le second cas, on a interposé d'abord un vomitif entre de larges applications de sangsues, peut-être d'après la trop fameuse sentence *vomitus vomitu curatur;* mais que de temps, que de soins n'a-t-il pas fallu pour calmer l'irritation qui en est résultée? Plus tard, on a essayé du quinquina; le malade n'a pas paru s'en trouver mal; il a fallu cependant le supprimer au bout de trois jours : le ventre se ballonnait, et des plaies gangréneuses succédaient à l'application de vésicatoires. Dans le troisième cas, tout allait de mal en pis, il faut en convenir, sous l'influence des antiphlogistiques, (nous dirons pourquoi en un autre lieu), et l'on avait du moins quelque raison pour recourir aux toniques. Le premier jour, grand amendement; le 2.e jour, aggravation des symptômes, et alors suppression obligée du quinquina; plus tard, mêmes essais, même résultats. Ici nous ferons une réflexion qui n'est pas sans importance : il est assez ordinaire que les toniques produisent un amendement notable dans les symptômes, lorsqu'ils sont administrés dans cette période extrême où le système nerveux en désordre plonge le malade dans un anéantissement presque complet, mais pour peu qu'on en continue l'usage un état pire succède bientôt. On dirait que la machine remontée un moment par cette espèce de coup de fouet, s'affaisse ensuite d'autant plus qu'elle a été plus excitée.

Remarquons bien que ces effets ne déposent pas en général contre les toniques, car l'on conçoit et il existe assurément tel état de maladie où il est besoin de cette stimulation vivifiante, sans quoi les fonctions seraient en danger de se suspendre, mais il faut savoir discerner les cas, le temps, l'occasion, et surtout s'arrêter à propos. Dans le quatrième cas enfin le quinquina a été, en quelque sorte, une pierre de touche pour avertir aussitôt le médecin de l'imprudence qu'il avait commise; à peine ce médicament avait-il touché les parois de l'estomac, que des efforts de vomissement et une douleur épigastrique des plus vives sont survenues. Par contre-épreuve, les sangsues ont calmé presque instantanément le mal qui en était résulté.

Que conclure maintenant de tous ces faits? Le voici en peu de mots : que la médication par les toniques, dans les maladies dont nous occupons, employée même avec la réserve la plus grande, n'est pas à l'abri de danger, et que si parfois elle semble avoir des avantages, c'est d'une manière tout-à-fait temporaire. Par là nous ne prétendons pas la condamner entièrement, mais son application est tellement délicate, qu'il nous semble plus prudent de s'en abstenir. Nous reviendrons au reste sur tous ces points dans un résumé général.

Il est temps à présent de passer à un autre ordre de faits, car nous n'aurions rempli que la moitié de notre tâche, si, nous bornant à signaler les écueils, nous ne cherchions pas à découvrir la bonne route. On peut voir déjà quelle est celle que nous suivrons, mais cette route, quoique la plus battue de nos jours, est encore semée de bien des dangers, nous le dirons avec franchise, ne voulant être ni détracteur d'un moyen, ni apologiste de l'autre, mais avançant toujours les faits à la main.

Traitement par les émissions sanguines.

Première série de faits.

Obs. XXIX. — Un couvreur, âgé de 16 ans, bien développé pour son âge, fut transporté à l'hôpital le 30 mars 1824. On le disait malade depuis huit jours; il avait éprouvé, au début, des malaises généraux, de la céphalalgie et des douleurs dans le ventre. Pour tout traitement on lui avait pratiqué une saignée du bras. Il avait l'air hébêté, ne répondait à aucune question, proférait quelques mots vagues et insignifians, jetait par momens ses bras de côté et d'autre; sa langue était humide mais bordée en rouge, le ventre volumineux, tendu et généralement sensible à la pression, la respiration facile, le pouls fréquent et peu développé; quelques gouttes de sang s'échappaient des narines. (*40 sangsues derrière les oreilles.*) 1.er avril, moins de stupeur, un peu plus de connaissance que la veille, le malade répond à quelques questions, la langue s'est desséchée. (*Eau de lin, émulsion ℥ iv, saignée du bras.*) Au soir, moiteur générale, petitesse et fréquence du pouls. 2 avril, coma presque complet, interrompu par des soupirs et des cris, langue brune à sa base, rouge et sèche en avant, fréquence démesurée du pouls. (*20 sangs. anus, 20 à l'épigastre.*) Mort inopinée à trois heures du soir, peu de temps après la chute des sangsues.

Ouverture du cadavre 18 heures après la mort. — Forte rigidité cadavérique. — *Tête.* Point d'engorgement notable des vaisseaux du cerveau, rien de contre-nature dans les membranes ou la substance de ce viscère qui avait partout une bonne consistance, à peine une demi-cuillerée de sérosité dans les ventricules. Intégrité parfaite des viscères thoraciques. — *Abdomen.* Estomac un peu nuancé en brun et en jaune à sa face interne, sain d'ailleurs. Intestins grêles exempts de toute altération jusques

à cinq ou six pieds au-dessus de la valvule cœcale, mais dans toute cette étendue on voyait un grand nombre de follicules engorgés sous forme de larges plaques saillantes et d'élevures boutonneuses d'autant plus confluentes qu'on se rapprochait davantage de la valvule; la plupart étaient pâles, décolorées, ainsi que la membrane muqueuse environnante; aucune n'était ulcérée. Les glandes mésentériques étaient gonflées au volume d'une aveline, blanches, un peu pulpeuses à leur centre; le gros intestin entièrement sain; quelques ascarides lombricoïdes existaient dans l'intestin grêle.

Obs. XXX.e — Un pionnier, âgé de 18 ans, sanguin, bien constitué, fut admis à l'hôpital le 25 octobre 1824. Depuit sept à huit jours il se sentait mal à l'aise, éprouvant de la céphalalgie, des lassitudes dans tous les membres, et avait perdu l'appétit. Nous le trouvâmes dans l'état suivant : décubitus dorsal, face colorée, yeux vifs, parole brève indiquant l'imminence du délire, langue noirâtre et desséchée, enduit de même couleur sur les lèvres et les gencives, ventre ballonné, sensible à la pression vers l'épigastre, râle sybillant dans la poitrine, chaleur sèche de la peau, fréquence du pouls. (*Tis. d'orge, émulsion* ℥ jv, 20 *sangs. anus.*) Pendant la journée, agitation et délire tumultueux qui s'accompagne de cris, de mouvemens désordonnés, et redouble la nuit suivante. Le lendemain matin, calme apparent, mais œil égaré, paroles sans suite, toutefois le malade se plaint de la sensation d'un bruit de cloche qui se passe dans les oreilles; toute la cavité buccale est couverte d'un enduit noirâtre, le pouls a une fréquence considérable. (20 *sangs. à la base du crâne,* 20 *à l'épigastre.*) Au soir et pendant la nuit, délire furieux qui a nécessité l'emploi de la chemise de force. Le 3.e jour, face pâle, abaissement de la température de la peau, rapetissement du pouls; du reste on obtient du malade quelques réponses sensées, mais

faites avec une précipitation qui annonce encore un état voisin du délire. (*Orge émuls.*) Pendant la nuit, retour du délire avec les mêmes caractères de violence que précédemment, refus de boire. Le 4.e jour, face terne, recouverte d'une sueur froide et gluante, yeux éteints à demi-clos; aucune lueur de raison; bouche ressemblant à la gorge d'un four par la noirceur dont elle est le siège, fréquence et petitesse extrêmes du pouls. (20 *sangs. à l'épigastre.*) Au soir, face entièrement hippocratique. Mort à neuf heures.

Ouverture du cadavre au bout de 36 heures. — Faible rigidité cadavérique. — *Tête.* Infiltration d'une lymphe gélatiniforme dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, plus marquée dans la direction des vaisseaux et l'angle de réunion des circonvolutions que partout ailleurs; ponctuations rouges éparses sur plusieurs points de la superficie du cerveau après le dépouillement de ses membranes; sablure de la substance de ce viscère provenant d'un grand nombre de gouttelettes sanguines, venant sourdre à la surface des sections pratiquées dans son épaisseur, ventricules à sec, cervelet sain. — *Poitrine.* Rien d'altéré dans cette cavité, les poumons crépitans, le cœur un peu décoloré, mais ferme. — *Abdomen.* Ponctuations rouges entremêlées d'une couleur ardoisée presque générale de la membrane muqueuse gastrique, laquelle était un peu molle et s'enlevait avec facilité. Grand nombre de follicules engorgés dans l'intestin grêle, sous forme de larges plaques ovalaires et de pustules coniques occupant une étendue de huit à dix pieds au-dessus de la valvule cœcale. Le nombre des plaques était de cinquante à soixante, celui des pustules était beaucoup plus considérable. La plupart étaient pâles, ainsi que la membrane muqueuse environnante; quelques-unes offraient une couleur rouge-violet, et tendaient au ramollissement et à l'ulcération. Beaucoup de glandes mésen-

tériques étaient énormément tuméfiées, ramollies, et laissaient écouler une matière grisâtre et pulpeuse par la pression. Aucune altération dans le gros intestin et les autres viscères.

Obs. XXXI.e — Un journalier âgé de 20 ans, fort et sanguin, accusait cinq jours de maladie lorsqu'il fut admis à l'hôpital (10 juillet 1824). L'invasion avait été marquée par des frissons irréguliers, de la céphalalgie, des lassitudes générales avec perte d'appétit. Le malade avait d'abord fait usage d'une boisson adoucissante, mais voyant que son mal ne dimiuuait point, il avala en une seule fois une chopine de vin chaud, qui produisit d'abondantes sueurs, suivies d'un redoublement dans la fièvre. A son entrée à l'hôpital, il était abattu, plongé dans une sorte de torpeur intellectuelle qui se manifestait par un certain embarras dans les idées et les réponses, se plaignait toujours de mal de tête, avait la langue molle, humide et généralement blanche, une grande soif, le ventre souple, mais sensible à la pression vers l'épigastre, peu de dévoiement, la respiration sybillante à l'auscultation, la peau généralement chaude et mordicante au toucher, le pouls peu fréquent, peu résistant. (*Saignée de trois palettes.*) Le 11 et le 12, peu de changement, si ce n'est un grand sentiment de faiblesse accusé par le malade. (*Gomme arab., lavement émoll.*) Le 13, insomnie, oppression, râle sec et sonore dans toute l'étendue de la poitrine, sensation d'un poids incommode à l'épigastre, peu de fièvre, moiteur à la peau. (*Saignée deux palettes, douze sangsues à l'épigastre.*) La nuit suivante, rêvasseries et délire qui se calment le lendemain matin, et font place à un état de stupeur et de somnolence, dont on retire difficilement le malade; la langue reste humide, d'une coloration presque naturelle, le pouls à peine fréquent, mais dépressible. (*Eau de Seltz.*) Retour du délire pendant la nuit, suivi, le 15, d'une stupeur et d'un

assoupissement plus considérable, développement du pouls, qui est en même temps plus fréquent que les jours précédens, deux selles en dévoiement. (*Quinze sangsues à l'anus.*) Le 16, le 17 et le 18, chaque nuit le délire s'empare du malade; il s'accompagne de menaces, de cris et de mouvemens désordonnés; chaque matin succède un calme soporeux avec marmottement; pendant ce temps le ventre se météorise, la langue se sèche, le pouls devient de plus en plus fréquent et petit. (*On applique dix-huit sangsues à l'anus, dix aux apophyses mastoïdes, des vésicatoires aux jambes.*) Le 19, face hippocratique, divergence des yeux, cris et marmottement continuels, respiration suspirieuse, froid des extrémités, pouls insensible, mort à dix heures du matin.

Ouverture du cadavre le lendemain. — Forte roideur cadavérique, muscles fermes et d'un beau rouge. — *Tête.* Engorgement des vaisseaux cérébraux superficiels, injection de ceux qui constituent le réseau de la pie-mère, ce qui donnait lieu çà et là à des plaques d'un rouge uniforme; légère infiltration séreuse au-dessous du feuillet interne de l'arachnoïde, remarquable principalement à l'angle de jonction des circonvolutions et le long du trajet des vaisseaux; sablure peu marquée de la substance cérébrale, qui avait une bonne consistance; quantité ordinaire de sérosité dans les ventricules. — *Poitrine.* Poumons généralement sains, à l'exception de leurs bords postérieurs qui étaient gorgés de sang, mous et un peu friables; cœur vide, flasque, d'un jaune paille, se laissant pénétrer facilement avec le doigt. — *Abdomen.* Estomac ample, distendu par des gaz çà et là injecté à sa face interne, mais en général d'une bonne couleur et d'une bonne consistance. Intestins grêles présentant, vers leur partie inférieure et dans l'étendue de trois à quatre pieds, des nombreuses élevures lenticulaires et de larges

plaques saillantes d'un rouge brun, coloration à laquelle participait la membrane muqueuse environnante; ces plaques étaient d'autant plus nombreuses, qu'on se rapprochait davantage de la valvule cœcale, aucune n'était ulcérée; dans le cœcum on retrouvait encore quelques engorgemens folliculaires, mais sous forme de simples élevures boutonneuses; le reste du colon était sain. Beaucoup de ganglions mésentériques, égalant le volume d'une noix, avaient une couleur rouge-brune au dehors comme au dedans. Du reste, la rate était molle, gorgée de sang; le foie jaune et de médiocre consistance; la bile cystique, aqueuse et peu abondante.

Obs. XXXIIe — Un domestique âgé de 20 ans, homme sanguin, fort et bien développé, fut reçu à l'hôpital le 24 janvier 1824. Malade depuis huit jours, il avait éprouvé au début des frissons suivis de malaise, de lassitudes générales et d'une grande douleur de rein; on lui avait appliqué quinze sangsues à l'anus, parce que, aux symptômes précédens, s'était ajouté du dévoiement. Nous le trouvâmes anxieux, agité, toutefois sain de raison, ayant la langue très-rouge à ses bords, beaucoup de soif, le ventre tendu par la contraction de ses muscles, répugnant à la pression; la peau chaude, le pouls fréquent et vîte. (*Vingt sangsues à l'anus.*) La nuit suivante, délire bruyant qui s'appaise un peu le lendemain matin, mais n'empêche pas le malade de divaguer tranquillement; soif extrême, demi-sécheresse de la langue, tension du ventre comme la veille, diminution de la chaleur de la peau; mais dureté, plénitude et fréquence du pouls. (*Forte saignée du pied, limonade.*) Journée assez calme; mais le soir et pendant la nuit, redoublement du délire, vociférations, mouvemens désordonnés qui forcent à recourir à la chemise de force; plusieurs selles en dévoiement. Le troisième jour au matin, cette agitation

s'appaise, mais l'état de déraison persiste; le malade parle seul et sans suite, par momens il pousse de profonds soupirs, ses yeux sont rouges; le pouls est aussi fréquent, mais moins plein et moins dur que la veille. (*Nouvelle saignée du pied.*) Au soir, le délire recommence avec plus de violence que jamais, et continue pendant toute la nuit. (*Dix sangsues derrière chaque oreille.*) Le quatrième jour, marmottement continuel, tremblement des mains, soubresauts des tendons, froid des extrémités; mort à deux heures après midi.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. — Cadavre frais, nullement amaigri, offrant une forte rigidité et des muscles d'un beau rouge. — *Tête.* Après l'enlèvement du crâne, nombreuses gouttelettes sanguines venant sourdre à l'extérieur de la dure-mère, notamment au niveau des sutures; engorgement considérable des vaisseaux qui rampent sur la convexité des hémisphères et le long de ces vaisseaux, infiltration dans le réseau de la pie-mière, d'une matière gélatiniforme et blanchâtre, qui, près du sinus longitudinal supérieur, avait presque la consistance d'une fausse membrane; sablure générale de la substance cérébrale par ponctuations rouges manifestes aussitôt après l'incision de cette substance; point d'épanchement dans les ventricules. — *Poitrine.* Poumons gorgés de sang à leur partie postérieure, se déchirant facilement en ce point et commençant à y subir une sorte d'hépatisatiou noire. Cœur décoloré et presque vide de sang. — *Abdomen.* Couleur grisâtre marquetée çà et là de petits points et de plaques rouges dans la moitié cardiaque de l'estomac, couleur qui ne s'accompagnait d'aucune autre altération de la membrane muqueuse; trois à quatre pieds d'intestin grèle, vers leur partie inférieure, offrant une éruption abondante de follicules engorgés sous formes de boutons

ou de plaques saillantes d'un rouge violet, mais nullement ulcérées ; une certaine quantité de sang était épanchée dans l'intestin, au niveau du siége de cette éruption. grand nombre de ganglions mésentériques gonflés et violacés dans leur centre, gros intestin dans l'état naturel, rate volumineuse et friable.

Obs. XXXIII.[e] — Un maçon âgé de 18 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, fut pris, à la suite d'un excès en liqueurs alcoholiques, de malaise général, de céphalalgie avec fièvre, symptômes qui allèrent en augmentant et le forcèrent à entrer à l'hôpital dès le quatrième jour (1.[er] juillet 1824). On jugea nécessaire de lui pratiquer de suite une saignée de trois palettes. Le lendemain, il se plaignait encore de la céphalalgie, et c'était là sa douleur principale ; il avait beaucoup de soif, la langue était rouge sur ses bords, présentait en outre à sa face supérieure de nombreuses papilles également rouges qui ressortaient à travers un fond blanc du reste de l'organe ; le ventre était souple, indolent ; la respiration haute, accélérée ; la peau chaude ; le pouls fréquent, plein et dur. (*Nouvelle saignée de trois palettes, qui se recouvre, comme la précédente, d'une légère couche de couenne.*) Au soir, le malade s'imagine qu'on veut l'assassiner, se lève et court dans la salle en furibond. (*Vingt sangsues le long des jugulaires.*) Le 6.[e] jour au matin, il était plus calme, mais abattu, silencieux ; il n'accusait encore que de la douleur à la tête, la langue était humide, le ventre toujours indolent, point de dévoiement, le pouls battait avec force. (*Bain de 20 minutes à 23 degrés Réaumur, affusions à 17 degrés sur la tête, eau pure pour tisane, lavement d'eau fraîche.*) Au soir, même crainte chimérique que la veille, et pendant la nuit, délire porté jusques à la fureur. (*Vingt sangsues derrière les oreilles.*) Le 7.[e] jour, divagation

tranquille, paroles vagues et sans suite; le malade se plaint qu'on lui a volé ses papiers, qu'on en veut à sa personne, qu'on le cherche pour le conduire en prison et le faire mourir. (*Vingt sangsues aux tempes.*) Cet état de déraison se convertit, la nuit suivante, en un délire tumultueux, accompagné de cris et d'allocutions véhémentes adressées à des personnes absentes. Le 8.e jour, même incohérence des idées, mais sans vociférations; le malade parle aujourd'hui du genre de supplice qu'on veut lui faire subir, il se croit condamné à la guillotine; rotation de la tête, tremblemens convulsifs des membres, rire sardonique, fréquence du pouls, qui a perdu beaucoup de sa force et de sa plénitude. (*Vingt-cinq sangsues aux tempes, bain de douze minutes avec affusions fraîches sur la tête*, pendant lesquels la face est devenue pâle et le pouls affaibli.) La nuit suivante, le délire recommence avec le même caractère de violence que précédemment, et s'appaise le lendemain matin comme à l'ordinaire. On pratique une saignée du pied, pendant laquelle le malade s'affaisse considérablement; il succombe presque subitement à deux heures après midi, ayant déliré jusques à la fin.

Ouverture du cadavre trente heures après la mort. — Forte roideur cadavérique, muscles d'un beau rouge, fermes et développés. — *Tête.* Engorgement des vaisseaux qui rampent sur la convexité des hémisphères; infiltration peu abondante d'une sérosité transparente dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; point d'opacités contre nature ou de produits purulens à la surface des méninges; sablure assez marquée de la substance cérébrale, qui avait d'ailleurs une bonne consistance; quantité médiocre de sérosité dans les ventricules; aucune altération dans le cervelet. — *Poitrine.* Poumons sains, ne présentant en arrière que des traces de congestion ca-

davérique, sans lésion de tissu. (Le droit offrait un vice de conformation qui consistait dans l'absence presque totale de son lobe supérieur, lequel était représenté par un simple appendice du volume du pouce; par compensation, les lobes inférieurs étaient plus développés qu'à l'ordinaire.) Le cœur était pâle, jaunâtre, contenait un peu de sang liquide et se laissait déchirer avec facilité.—*Abdomen.* Ponctuations rouges presque générales de la membranes muqueuse gastrique, mais sans épaississement ou ramollissement de cette membrane; intestins grèles parfaitement sains jusques dans l'étendue d'un pied et demi au-dessus de la valvule cœcale, mais là se voyaient un grand nombre de follicules tuméfiés par plaques saillantes, brunes et fongueuses à leur surface, quelques-unes commençaient à s'ulcérer. Une sanie rougeâtre baignait cette portion d'intestin, reconnaissable extérieurement à sa couleur noire. Les glandes mésentériques du voisinage formaient par leur réunion des paquets volumineux d'un rouge violet au dedans comme au dehors; du reste, le gros intestin, le foie, la rate, étaient dans l'état naturel.

Obs. XXXIV.e — Un tailleur, âgé de 24 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, entré à l'hôpital, le 7 février 1824, racontait ainsi l'origine de son mal: le 4 du présent mois, ayant pris une certaine quantité de vin, il se coucha souffrant de la tête, ce qui l'empêcha de dormir. Le lendemain il se leva avec peine, perdit les forces et l'appétit et ne put se remettre à son ouvrage. Le 3.e jour, ses camarades lui administrèrent une chopine de vin chaud, qu'il rendit aussitôt par le vomissement; à la céphalalgie s'ajoutèrent des douleurs contusives dans les membres. Le 4.e jour, il but encore du vin chaud qu'il rejetta pareillement par le vomissement. Le 5.e jour, du dévoiement se manifesta; enfin,

le 6.e jour, il était dans l'état suivant : chaleur brûlante à la peau, céphalalgie obtuse, soif vive, rougeur intense des bords de la langue, dont le centre est couvert d'un enduit jaunâtre et sec, ventre assez souple, non douloureux à la pression, plusieurs selles en dévoiement depuis la veille; dans la poitrine, l'auscultation fait entendre du râle sybillant presque général; le pouls est fort et fréquent. (*Vingt sangsues à l'anus.*) Le 7.e jour, au matin, rémission de la fièvre. (*Limonade, émulsion* ℥ iv, *lavement.*) Au soir, exacerbation des plus fortes. (*Douze sangsues à l'épigastre.*) Peu de temps après l'application des sangsues, le malade éprouve des vomissemens et une sorte de déraison, voisine du délire. (*Saignée 2 palettes, qui a fourni un caillot marbré à sa surface et diffluent dans son épaisseur.*) Le 8.e jour, au matin, même rémission de la fièvre que la veille, mais sur le soir rêvasseries (12 *sangsues à l'anus*) qui pendant la nuit se convertissent en un délire des plus violens; le malade quitte son lit et court dans la salle en poussant des cris affreux; on est obligé de le contenir avec la chemise de force. Le 9.e jour, le calme reparaît, mais avec cet état de stupeur, qui annonce plutôt une concentration qu'une rémission du délire, la langue est aride et comme racornie, la chaleur de la peau médiocre, le ventre indolent, le pouls faible, mou, irrégulier. Au soir, cet état persistant, vingt sangsues sont appliquées à la base du crâne. Pendant la nuit, retour de l'agitation et du délire. Le 10.e jour, stupeur plus prononcée, marmottement, injection des conjonctives, respiration accélérée, mollesse du pouls. (*Saignée du pied, 2 palettes.*) Pendant la nuit le délire se manifeste encore, accompagné de cris désordonnés. Le 11.e jour, subdélirium tranquille, immobilité des traits, fixité du regard, taciturnité, par momens rotation de la tête à droite et à gauche sur l'oreiller, renforcement du pouls

qui est devenu plein et fréquent. En outre, douleur à l'épigastre manifestée par des cris ou un changement dans l'expression du la face, lorsqu'on presse sur cette région. (50 *sangsues à l'épigastre.*) Le 12.e jour, mêmes symptômes, moins ceux tirés du pouls qui est petit et faible. En pressant sur l'épigastre on développe encore de la douleur, mais le malade souffre de même sur quelque partie du corps qu'on exerce la pression; nonobstant on applique trente sangsues à l'épigastre et trente à l'anus. Au soir, changement remarquable dans l'état du malade, qui paraît sortir de sa stupeur et s'ouvrir aux impressions extérieures. Le 13.e jour, il avait un peu rêvassé pendant la nuit, mais sa connaissance paraissait entière; il répondait juste aux questions qu'on lui adressait; la face était pâle, amaigrie; le pouls petit, sans beaucoup de fréquence, mais cette amélioration fut de courte durée. Le 14, face hippocratique, respiration courte et suspirieuse, faisant entendre du râle sous-crépitant à la base des deux poumons, surtout à droite; extrémités froides. (*Décoct. de polygala, vésicatoires au bras.*) Prescription qu'on n'a pas eu le temps d'exécuter, le malade ayant succombé à dix heures du matin.

Ouverture du cadavre 23 heures après la mort. — Amaigrissement prononcé, peu de roideur cadavérique. —*Tête.* Engorgement marqué des vaisseaux méningiens, et surtout de ceux de la pie-mère; humectation séreuse de la substance cérébrale qui était un peu œdémateuse, toutefois sans perte de consistance; une once environ de sérosité transparente dans chaque ventricule latéral; d'ailleurs aucune autre lésion apparente dans le crâne. — *Poitrine.* Poumons libres d'adhérences, sains en en avant, mais gorgés de sang en arrière et là ramollis, friables, comme dans un premier degré d'hépatisation, ce qui était plus marqué au poumon droit qu'au gauche :

cœur dans l'état naturel. — *Abdomen.* Estomac d'un gris ardoisé général à sa face interne, çà et là ponctué en rouge; sa membrane interne d'une faible consistance. Intestins grêles présentant, dans trois à quatre pieds de hauteur, au-dessus de la valvule cœcale, des désordres qui allaient en croissant à mesure qu'on se rapprochait de ce point. C'était un amas considérable de plaques fongueuses et ramollies, d'élevures graniformes et noirâtres qui, vers la valvule, dégénéraient en un tissu raboteux et comme lardacé, offrant l'aspect de certains cancers plats de la face. Un grand nombre de glandes mésentériques étaient noirâtres jusques dans leur centre; plusieurs égalaient le volume d'une aveline. Du reste, le gros intestin ne présentait aucune lésion; le foie et la rate avaient perdu un peu de leur consistance naturelle.

Obs. XXXV.ᵉ — Un papetier, âgé de 26 ans, fut transporté à l'hôpital le 7 août 1824, dans un état assez grave; il rappelait avec peine ses souvenirs, et ne put nous fournir que des renseignemens vagues sur ce qui avait précédé. Toutefois il nous apprit qu'il était malade depuis un quinzaine de jours, ayant éprouvé de la céphalalgie et des douleurs contusives dans les membres. On ne l'avait soumis à aucun traitement. La face était stupide, le regard hébété, la langue rouge à ses bords et entièrement desséchée, le ventre ballonné, la peau âcre et brûlante au toucher; le pouls fréquent et peu développé. (30 *sangsues à l'anus.*) Pendant la nuit, le délire s'empare du malade, il crie, tempête et s'agite vivement; on est obligé de le contenir avec la chemise de force. Le lendemain, il n'avait aucune conscience de son état, ne comprenait aucune question, marmottait quelques mots inintelligibles, et se mettait à rire, comme si quelque chose de plaisant provoquait sa gaîté. La face était en harmonie avec cette disposition d'esprit. D'ail-

leurs le ballonnement du ventre avait diminué à la suite d'un grand nombre de selles liquides. (*20 sangsues à l'anus, 6 à chaque tempe, eau de riz, lavement avec l'infusion de valériane.*) Au soir, le malade était dans le calme de la stupeur et refusait de boire. Pendant la nuit, quoique éveillé, il garde le silence le plus complet. Le 5.e jour au matin, on le voyait couché à plat sur le dos, le regard fixe que rien ne pouvait déranger, taciturne au point de n'être ébranlé par aucune question et aucune excitation, la respiration haute s'exécutant avec peine, la déglutition embarrassée; les liquides faisant entendre un bruit de *glouglou* en descendant dans l'œsophage, comme s'ils tombaient dans un vase creux, les membres supérieurs ayant perdu en grande partie leur motilité et leur sensibilité, retombant comme des masses inertes, quand on les soulevait, les inférieurs participant à cet état, mais à un moindre degré; du reste, météorisme du ventre, pouls fréquent, régulier, assez développé. (*Vésic. aux jambes.*) A midi, sueurs abondantes; coma, résolution générale. Mort à trois heures du soir, précédée d'une grande gêne de la respiration.

Ouverture du cadavre 18 heures après la mort. — Faible rigidité cadavérique. — *Tête.* Tégumens du crâne fournissant beaucoup de sang à la section, vaisseaux cérébraux superficiels engorgés, ceux de la pie-mère injectés et finement ramifiés, formant çà et là, par leur réunion, des plaques rouges que le lavage ne pouvait enlever. Au-dessous de ces plaques, la substance corticale offrait une foule innombrable de piquetures rouges qui s'étendaient à deux ou trois lignes de profondeur et s'accompagnaient d'une mollesse remarquable de cette substance. Il y avait cinq à six points de la largeur d'une pièce de vingt sous, qui étaient ainsi altérés à la périphérie du cerveau. Plus profondément, ce viscère se présen-

tait avec sa couleur et sa consistance naturelles; point d'épanchement dans les ventricules; aucune lésion dans le cervelet. — *Poitrine.* Simple engouement cadavérique à la partie postérieure des deux poumons; cœur décoloré, d'un tissu peu résistant. — *Abdomen.* Membrane muqueuse de l'estomac soulevée par des gaz qui étaient infiltrés dans le tissu cellulaire sous-muqueux, présentant dans presque toute son étendue de l'injection ou des ponctuations rouges, en outre un peu épaissie mais non ramollie. Quatre à cinq pieds de l'intestin grêle au-dessus de la valvule cœcale couverts d'une multitude d'élevures lenticulaires entremêlées de larges plaques saillantes, fongueuses à leur surface, et environnées d'une membrane muqueuse noirâtre et épaissie; même éruption confluente d'élevures lenticulaires dans le gros intestin, mais sans altérations de la membrane muqueuse environnante; énorme tuméfaction des ganglions mésentériques qui formaient le long du bord convexe de l'intestin grêle, un double et triple rang de nodosités, en manière de cappelet; tous étaient ramollis et violacés à leur centre. Du reste, le foie était brunâtre, peu consistant; la rate avait une couleur lie-de-vin, et se déchirait avec la plus grande facilité.

En lisant les observations précédentes, on les dirait toutes calquées sur le même modèle, tant leur ressemblance est grande; de sorte que nous aurions pu nous dispenser d'en multiplier le nombre, si par là nous n'avions voulu donner plus de poids aux conclusions que nous allons en déduire. Tous les malades qui en font le sujet sont morts dans la première période de la maladie, ce dont on peut juger aussi bien par le degré auquel étaient parvenues les altérations de l'intestin (dont les follicules étaient simplement tuméfiées et non encore ulcérées), que par le nombre de jours qu'a duré la mala-

die. Ils sont morts à la suite de symptômes qui ont affecté spécialement le cerveau, bien que cet organe n'ait en général présenté que des lésions minimes comparativement à celles de l'intestin (exceptant toutefois l'observation XXXVe), c'est-à-dire, de simples congestions sanguines ou séreuses dans les méninges et la substance du cerveau, encore dans un cas (*Obs.* XXIXe, n'y avait-il rien de manifestement altéré dans ce viscère. Cependant que n'a-t-on pas fait pour arrêter les progrès de cette maladie, toute inflammatoire qu'elle paraisse, d'après la nature de ses lésions ? A-t-on négligé les émissions sanguines, soit locales, soit générales, dirigées vers l'abdomen ou vers le cerveau ? leur nombre n'a-t-il pas été assez considérable, la perte de sang assez abondante ? et quel succès a-t-on retiré de cette médication ? Le délire s'est-il appaisé un seul moment, hors l'époque ordinaire de ses rémissions ? n'a-t-il pas, au contraire, semblé redoubler avec une violence nouvelle, après chaque émission sanguine, dont quelques-unes ont précédé la mort de quelques heures seulement. (*Obs.* XXIXe, XXXe, XXXIe, XXXIIIe) ? Si l'on juge empiriquement du traitement par ses effets, abstraction faite de toute considération relative à la nature de la maladie, n'est-on pas forcé de conclure que la mort a été certainement accélérée et produite peut-être par des émissions sanguines trop abondantes et faites à temps inopportun ? Mais le raisonnement est encore d'accord avec cette manière de voir. Quoi ! le délire continue avec la même violence; malgré les sangsues et les saignées, le pouls s'accélère et se rapetisse de jour en jour, la face est déjà froide (*Obs.* XXXe) ; le malade est dans la somnolence, agité depuis plusieurs jours par des mouvemens convulsifs, et l'on applique encore des saugsues et l'on pratique encore des saignées ! Non ! non ! ce délire, quel qu'il

soit, n'est plus alors de nature à céder à la soustraction du sang; le système nerveux a été frappé d'une atteinte autre que celle qui résulte d'une simple congestion sanguine dans la masse cérébrale; il semble que l'innervation s'est épuisée en agitations, en mouvemens désordonnés, et que le délire et les convulsions augmentent avec la perte du sang, comme il arrive à la suite des hémorrhagies abondantes.

Mais, dira-t-on, les lésions étaient graves, au moins dans le canal intestinal; elles justifient le choix et l'emploi du traitement; et si la mort est survenue c'est que le mal était supérieur au remède. Examinons donc quelques autres cas qui puissent lever tout doute à cet égard.

Deuxième série de faits.

Obs. XXXVI.e — Un terrassier, âgé de 25 ans, grand, coloré, bien conformé, tomba malade quelques jours après son arrivée à Paris, vers la fin d'octobre 1824. L'invasion fut marquée par de la céphalalgie, des douleurs de rein et une grande soif; plus tard il s'y joignit du dévoiement, et des vomissemens provoqués à deux ou trois reprises, par du vin que le malade prenait. Du reste, aucun traitement spécial n'avait été employé jusqu'à son entrée à l'hôpital le premier novembre, au 12.e jour de la maladie. Alors on observait les symptômes suivans : décubitus dorsal, coloration foncée de la face, embarras dans les idées et les réponses, céphalalgie sourde et pour ainsi dire hébétante, langue entièrement desséchée, rouge à ses bords; soif extrême, ventre volumineux plus chaud que le reste du corps, supportant difficilement la pression à l'épigastre, pas de selles depuis trois jours, râle sybillant dans les deux côtés de la poitrine, pouls assez fréquent et résistant, (40 *sangs. à l'épig., orge gommée, émuls.* ℥ iv.) Pendant la nuit, délire qui porte le malade à quit-

ter son lit. Le lendemain, indifférence complète pour tout ce qui l'environne, rire sardonique, paroles jetées en l'air et sans suite, refus de boire, quelques soubresauts des tendons, ballonnement du ventre, point de dévoiement, plénitude et fréquence modérée du pouls. (20 *sangsues à l'anus*, 20 *aux apophyses mastoïdes.*) Pendant la journée le malade ne dit mot, on ne peut lui arracher une seule parole ni obtenir qu'il sorte la langue; il serre les dents quand on lui présente à boire. Au soir, la face était encore très-colorée. (10 *sangsues derrière chaque oreille*, 10 *à l'épigastre.*) Le 3.e jour, même taciturnité, même expression d'indifférence et par momens, soupirs profonds; ventre affaissé, douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite, pouls moins développé et plus fréquent que la veille. (30 *sangsues à l'anus.*) Au soir, redoublement de la fièvre, coloration plus intense de la face. (20 *sangsues derrière les oreilles.*) Le 4.e jour, prostration complète, tête renversée en arrière, larynx saillant, regard fixe, nez effilé, présentant à son entrée des poils garnis d'une poussière terne, déglutition embarrassée, menace de suffocation, si on force le malade à boire, respiration courte et plaintive avec mouvemens alternatifs d'élévation et d'abaissement du larynx pendant qu'elle s'exécute, soubresauts des tendons, pouls presqu'entièrement effacé et d'une fréquence extrême. Mort à six heures du soir, précédée de tremblemens convulsifs dans les membres supérieurs.

Ouverture du cadavre 24 heures après la mort. — Aucune trace d'amaigrissement, forte rigidité cadavérique. — *Tête.* Infiltration séreuse dans le réseau de la pie-mère, abondante au niveau de l'angle rentrant formé par la jonction des circonvolutions, donnant naissance à de petites traînées blanchâtres qui suivaient principalement la direction des vaisseaux. Humectation plus qu'ordinaire

de la substance cérébrale, qui était d'ailleurs assez ferme, mais sablée d'un assez grand nombre de points rouges. Aucune autre altération dans le cerveau ou ses ventricules. — *Poitrine.* Poumons entièrement sains, à l'exception de quelques points de leur bord postérieur qui étaient noirâtres, friables et ramollis. Cœur décoloré, presque vide de sang. — *Abdomen.* Intégrité parfaite de la membrane muqueuse gastrique quant à sa couleur, sa consistance et son épaisseur; même état de l'intestin grêle vers la partie inférieure duquel on comptait seulement dix engorgemens folliculaires par plaques saillantes pâles ou brunes. Deux de ces engorgemens offraient à leur centre un commencement d'ulcération; du reste, peu de rougeur environnante, rien d'altéré dans le gros intestin; une vingtaine de ganglions mésentériques énormément tuméfiés, blanchâtres et ramollis à leur centre; rate molle et friable, foie décoloré.

Obs. XXXVII.e — Un relieur, âgé de 23 ans, alongé, étroit de corps, assez coloré, tomba malade le 27 août 1827. Il avait bu la veille du vin plus qu'à son ordinaire, et le lendemain il fut pris d'une courbature générale accompagnée d'un grand mal de tête avec étourdissemens. Plus tard des épistaxis assez abondantes survinrent par trois fois différentes, mais sans aucun soulagement; enfin deux saignées furent pratiquées au malade, et en dernier lieu on lui appliqua 15 sangsues à l'épigastre le 9 septembre au matin. Entré le 10 à l'hôpital, vers sept heures du soir, une des morsures de sangsues située à un pouce au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane, fournissait encore du sang et par petites saccades isochrônes aux battemens du cœur; on l'avait matelassée de charpie et d'amadoue, ce qui n'empêchait point le sang de sourdre continuellement à travers cet appareil, et le malade assurait en avoir perdu une quantité considérable. Il était

d'ailleurs dans l'état suivant : coucher à plat sur le dos, sentiment profond de faiblesse et d'anéantissement, pâleur remarquable de la face, des lèvres, enfin de tout le corps; voix presque éteinte, froid des extrémités, pouls infiniment petit, égal, non fréquent. D'un autre côté, encroûtement noirâtre de la langue, ventre cave, intelligence saine. (*Cautérisation de la plaie saignante avec un crayon de nitrate d'argent qu'il a fallu introduire profondément et à plusieurs reprises pour suspendre l'écoulement du sang.*) Le 11, refocillation des extrémités, température plus égale et plus naturelle du reste du corps, renforcement du pouls, point de douleur dans le ventre, point de dévoiement, point de toux. (*Chiendent, régl., lavement, diète.*) Les jours suivans, prostration plus considérable, rétention des urines dans la vessie qui remonte jusques à l'ombilic, météorisme du ventre, encroûtement de la langue s'étendant jusqu'aux gencives; chaleur sèche et fébrile de la peau, pouls fréquent, redoublé, mais peu résistant. De plus, vers la base des deux poumons, surtout à gauche, existe une légère perte de sonoréité et du râle sous-crépitant; toutefois le malade ne tousse point et ne se plaint d'aucune douleur. (3 *ventouses scarifiées à la base de la poitrine.*) Le 15, nouvel amas des urines dans la vessie qu'on est obligé de vider à l'aide du cathéthérisme. Le 16, face pâle et décomposée, subdélirium, soubresauts des tendons, météorisme abdominal porté au dernier degré, respiration entrecoupée, matité plus considérable à la base des deux poumons, pouls petit et inégal. Mort le 17 à une heure du matin.

Ouverture du cadavre douze heures après la mort. — Maigreur prononcée, pâleur remarquable des tégumens, faible rigidité cadavérique; ecchymose circulaire de la largeur d'une pièce de cinq francs, dans le tissu cellulaire sous-cutané voisin de la petite plaie, qui avait fourni du

sang pendant la vie. — *Tête*. Aucune altération dans cette cavité, point d'injection notable dans les membranes ou la substance cérébrale qui offrait d'ailleurs une certaine mollesse, une cuillerée environ de sérosité dans les ventricules. — *Poitrine*. Hépatisation en rouge-brun avec friabilité des lobes inférieurs des deux poumons, altération qui était plus marquée à gauche qu'à droite; les autres lobes parfaitement sains. Cœur assez volumineux, contenant un caillot fibrineux dans ses cavités droites. — *Abdomen*. Membrane muqueuse de l'estomac ponctuée en rouge rapproché autour du cardia et par traînées le long des bords de ce viscère, ailleurs d'une couleur pâle-jaunâtre, s'enlevant facilement par le grattage. Quelques ponctuations rouges se remarquaient encore dans les deux premières portions du duodénum. Mais dans toute la longueur du reste du canal intestinal, la membrane muqueuse était généralement pâle, plutôt amincie qu'épaissie; il ne s'y est rencontré que trois ulcérations à bords affaissés, l'une à un pied de la valvule cœcale, l'autre tout près de cette valvule, et la troisième, plus étroite, dans le cœcum; partout ailleurs l'œil le plus scrupuleux aurait vainement cherché d'autres lésions. Quelques glandes mésentériques étaient noirâtres sans être tuméfiées, la rate brune et ramollie, le foie sain; la bile cystique aqueuse, la vessie énormément distendue par de l'urine.

Obs. XXXVIIIe — Un vigneron âgé de 27 ans, d'une forte constitution, habitant Paris depuis quatre mois, fut admis à l'hôpital le 19 février 1824. Il était tombé malade depuis trois jours seulement, ayant éprouvé pour tous symptômes de la perte d'appétit, de la soif et du mal de tête; il s'était tenu à la diète et à l'usage d'une tisane adoucissante; nous le trouvâmes dans l'état suivant : décubitus dorsal, mais sans prostration; regard hébété,

coloration foncée des joues, chaleur âcre et brûlante de la peau; soif vive; sécheresse de la langue, qui commençait à se recouvrir d'un enduit fuligineux, ventre gonflé, nullement douloureux, même par la pression la plus forte, constipation; respiration libre, faisant entendre à l'auscultation un léger râle sybillant, petitesse et fréquence du pouls. (*Vingt sangsues à l'épigastre.*) Le lendemain, pas le moindre changement. (*Trente sangsues à l'épig., limonade pour boisson.*) Le 21 et le 22, diminution de la chaleur de la peau avec tendance à la moiteur; fréquence modérée du pouls, légère épistaxis, deux selles en dévoiement. (*Même tisane.*) Au 23, exacerbation fébrile, soif extrême, sécheresse et noirceur de la langue, coloration intense des joues; pas de sensibilité contre-nature dans le ventre; nonobstant on applique trente sangsues à l'épigastre. Les 24 et 25, aucun amendement dans les symptômes précédens, plusieurs selles en dévoiement, toux rare amenant quelques crachats visqueux souillés d'un peu de sang brunâtre. (*Vingt sangsues à l'anus.*) Jusqu'au 1.er mars on observe peu de variations dans cet état; la poitrine fait entendre un râle sonore et sec presque général; l'expectoration continue à être souillée de sang; la langue reste sèche et encroûtée, le pouls petit et peu fréquent; par momens la peau entre en moiteur; il y a toujours un peu de dévoiement; on applique encore vingt sangsues à l'anus. Au 2 mars, prostration extrême, langue profondément crevassée, laissant exsuder à sa surface un peu de sang qui, en se concrétant, forme un enduit noirâtre sur les lèvres et les gencives; météorisme du ventre, faiblesse considérable du pouls. (*Limonade, émulsion, ℥iv.*) Les jours suivans, cet état ne change point. Le 5, la langue paraît s'humecter, le dévoiement diminue, quelques sueurs passagères se manifestent. Le 8, les symptômes étaient revenus au même

degré de gravité; toutefois les facultés intellectuelles se maintenaient à-peu-près intactes. Au 14, agitation et délire nocturne, qui reparaissent la nuit suivante, et s'accompagnent de cris et de mouvemens désordonnés. Le 15 au matin, marmottement, soubresauts des tendons, face terreuse, pouls vide, froid des extrémités; mort à trois heures du soir. Les boissons adoucissantes ont constitué le traitement des derniers temps.

Ouverture du cadavre au bout de trente heures. — Amaigrissement très-prononcé, faible roideur cadavérique, excoriation coccygienne de la largeur d'une pièce de six francs. — *Tête.* Rien d'altéré dans la coloration ou la consistance du cerveau et de ses membranes; point d'injection notable, d'infiltration sous-arachnoïdienne ou d'épanchement dans les ventricules. — *Poitrine.* Poumons libres de toute adhérence, engorgés à leur bord postérieur, et là, ramollis, friables, noirâtres, conservant toutefois un reste de perméabilité aérienne, les bronches d'un rouge violet; le cœur décoloré et presque vide. — *Abdomen.* Estomac offrant à l'intérieur une légère teinte ardoisée assez uniforme, mais sans épaississement ni ramollissement de la membrane muqueuse; quelques traces de simple injection au milieu des intestins grèles; une seule ulcération de trois lignes de diamètre pénétrant jusques à la membrane séreuse, située près de la valvule cœcale. D'ailleurs, amincissement évident des parois de l'intestin grèle, dont la membrane muqueuse était en général pâle, et semblait moins villeuse que d'habitude; point d'engorgement notable des glandes mésentériques; rien de remarquable dans le gros intestin, qu'un peu d'injection au cœcum et au colon descendant, foie jaune-pâle presque exsangue, rate noirâtre et friable.

Obs. XXXIX.e — Un tailleur sur cristaux, âgé de 18 ans, d'une bonne constitution, demeurant à Paris depuis

trois mois, fut pris d'un dévoiement qui se prolongea pendant quinze jours, sans qu'il éprouvât d'autre dérangement dans sa santé; mais au bout de ce temps, l'appétit et les forces lui manquèrent; pensant se soulager, il se fit vomir avec deux grains d'émétique, ce qui aggrava son état; enfin, il se rendit à l'hôpital le 30 août 1824, au sixième jour de ces derniers accidens. La peau était sèche et brûlante, la face triste, la langue pointillée de rouge, l'épigastre sensible à la pression, le dévoiement abondant, le pouls assez fréquent. (*Quinze sangsues à l'anus.*) Le 31, aucun changement. (*Saignée de deux palettes, quinze sangsues à l'épigastre, petit lait, fomentations sur le ventre.*) Le 1.er septembre, amélioration, moins de rougeur à la langue; souplesse du ventre, qui ne paraît plus douloureux à la pression; peu de fièvre; état qui se maintient encore le lendemain : mais le 3 septembre et jours suivans, face pâle, triste et comme soucieuse; regard abattu, dévoiement, redoublement fébrile chaque soir. Le 6, on applique de nouveau des sangsues à l'épigastre, au nombre de vingt. Pendant la nuit du 7 au 8, le délire s'empare du malade et le porte à quitter son lit pour courir dans la salle. Trente sangsues sont encore appliquées sur l'épigastre. Retour du délire la nuit suivante, mais avec une violence extrême. Le 9, face terne et décomposée, somnolence pendant laquelle les yeux se cachent sous la paupière supérieure, en laissant à découvert la cornée opaque; sécheresse de la langue à sa base, rougeur vive à sa pointe, avec saillie des pupilles, ballonnement du ventre, qui ne semble plus douloureux quelque pression qu'on exerce sur lui, pouls d'une médiocre fréquence et assez résistant. (*Dix sangsues sur chaque fosse iliaque, eau fraîche, lavement d'infusion de valériane, julep extrait de valériane* ℨß.) Au soir, exacerbation fébrile très-forte, avec delire pen-

dant la nuit, comme précédemment. Le 10, assoupissement et marmottement, strabisme et renversement des globes oculaires. (*Même prescription, moins les sangsues.*) Le 11, face hippocratique, subdélirium, état presque comateux, duquel on ne peut retirer le malade. (*Trois sangsues derrière chaque oreille.*) Enfin, le 12, le malade entre dans un coma de plus en plus complet, qui se termine le 13, à six heures du soir, par une mort précédée de mouvemens carphologiques et d'une grande gêne dans la respiration.

Ouverture du cadâvre, 36 heures après la mort. — grande maigreur, peu de roideur cadavérique, large excoriation sur le coccyx. — *Tête.* — Méninges ne présentant point d'injection contre-nature, point d'infiltration sous-arachnoïdienne, mais épanchement d'une cuillerée à bouche environ de sérosité transparente dans chaque ventricule latéral, d'où résultait une certaine dilatation de ces cavités; d'ailleurs la substance cérébrale était elle-même imprégnée de liquide et comme œdémateuse. Elle offrait en général une consistance moindre que dans l'état sain et paraissait décolorée. — *Poitrine.* — Poumons parfaitement sains, ne présentant à leur partie postérieure qu'un engorgement purement cadavérique, les bronches d'un rouge violet, sans épaississement de leur membrane interne, le cœur ferme et coloré, comme dans l'état sain. — *Abdomen.* — Couleur ardoisée foncée de la membrane muqueuse de l'estomac, laquelle était notablement épaissie et ramollie, s'enlevait facilement par le grattage et laissait voir au-dessous une injection de nombreux vaisseaux. Ces altérations s'étendaient à la presque totalité de l'estomac. Intestins grèles distendus par des gaz, colorés en jaune par la bile, amincis dans leurs parois, leur membrane muqueuse plutôt pâle que colorée et moins villeuse que dans l'état sain. On ne rencontrait vers la valvule cœcale

que trois boursoufflemens folliculaires de la grandeur d'une pièce de dix sous, non ulcérés, non injectés à leur pourtour. La même décoloration de la membrane muqueuse, mais sans amincissement, se remarquait dans toute la longueur du gros intestin. Il y avait environ une cinquantaine de ganglions mésentériques qui avaient doublé et même triplé de volume et offraient à l'intérieur une couleur noire. Du reste, bonne consistance du foie, ramollissement livide de la rate.

Obs. XL.ᵉ — Une repasseuse âgée de 22 ans, d'une belle taille, un peu lymphatique, demeurant à Paris depuis peu de temps, fut apportée à l'hôpital le 8 septembre 1824. On laissa peu de renseignemens sur son compte; on disait qu'elle était malade depuis douze jours, qu'elle avait éprouvé au début une grande céphalalgie suivie bientôt de surdité; on lui avait fait trois à quatre applications de sangsues, dont on voyait les traces sur le ventre et les cuisses. Nous la trouvâmes couchée en supination, la face souffrante et comme hébétée, l'oreille dure, l'intelligence obtuse, la langue sèche, épaisse, le ventre météorisé, non douloureux à la pression, la respiration assez courte; la peau chaude, le pouls petit mais peu fréquent. (*Vingt sangsues à l'anus, eau gommée, foment. sur le ventre, sinap. aux extrémités*). Subdélirium la nuit suivante. Le 9, surdité plus forte, sécheresse plus considérable de la langue, œil droit injecté, douleur à l'épigastre par la pression, point de dévoiement. (*Trente sangsues à l'épigastre*). Cris et plaintes, divagations pendant tout le cours de la nuit; le 10, stupeur, indifférence pour tout ce qui entoure la malade, enduit croûteux sur les gencives, météorisme croissant du ventre, râle sybillant dans la poitrine, un peu de toux, petitesse du pouls. (*Musc. 8 gr. en 4 doses, affusions froides sur la tête, pendant sept minutes*). Délire vif et continu, la nuit suivante. Le

11, somnolence presque comateuse, peau brûlante, soif extrême, dévoiement, fréquence et plénitude du pouls, respiration toujours un peu courte. (*Suppression du musc; trente sangsues à l'épig.*) Le 12, moins d'assoupissement et moins de fièvre. (*Vésic. aux jambes.*) Le 13, même état; plus, dévoiement assez abondant. (*Dix sangsues à l'anus.*) Le 14, assoupissement continuel, tournoiement de la tête sur les oreillers, légère roideur des avant-bras; profonds soupirs, respiration avec râle perceptible, même sans le secours de l'auscultation, toux catarrhale avec manque de force pour expectorer, douleur persistante à l'épigastre. (*Trente sangsues sur cette région.*) Le 15, la malade donne quelques marques d'intelligence, elle demande à boire, le météorisme abdominal a diminué, la surdité persiste, la douleur épigastrique est la même; dès qu'on presse sur cette région, on excite les plaintes de la malade, le pouls est petit et fréquent. (*Vingt sangsues à l'épigastre.*) Le 16 au matin, les mêmes symptômes persistant, on fait placer de nouveau des sangsues au nombre de trente sur l'épigastre; on administre un bain au sortir duquel la malade se trouve mal. Au soir, elle était expirante, profondément comateuse, les yeux contournés, la respiration embarrassée. Mort, le 17, à six heures du matin.

Ouverture du cadavre le 18. — Faible roideur cadavérique, excoriation coccygienne d'un violet noirâtre. — *Tête.* Injection forte de tous les vaisseaux qui rampent à la superficie du cerveau et de ceux qui appartiennent en propre à la pie-mère, ce qui donnait à cette membrane une couleur rouge assez intense et presque uniforme. La même coloration, mais par ponctuations fines, se remarquait à la surface des circonvolutions et à un quart ou une demi-ligne de profondeur. Dans cette étendue, la substance cérébrale avait une mollesse remarquable, à

aquelle participait d'ailleurs le reste de cette substance, mais à un moindre degré; elle s'affaissait par son propre poids, et se résolvait en une pulpe presque diffluente sous l'action d'un filet d'eau. Le cervelet offrait une altération analogue. En enlevant les membranes qui le recouvrent, on enlevait pareillement une couche de substance nerveuse ramollie à plusieurs lignes de profondeur, et offrant presque la couleur de lie-de-vin. Il n'y avait guère que le centre des lobes cérébelleux qui fussent exempts de ce ramollissement livide. La protubérance annulaire et la moelle alongée avaient leur consistance ordinaire; d'ailleurs aucun épanchement dans les ventricules. — *Poitrine.* Poumons sains en général, à l'exception d'une certaine rougeur des bronches avec engorgement sanguin à leur bord postérieur. Cœur dans l'état naturel. — *Abdomen.* Estomac ample, sa membrane interne d'une couleur rosée, parcourue par quelques bandes brunâtres, un peu molle, et s'enlevant facilement par le grattage. Ponctuations rouges avec un peu d'épaississement dans les deux premières portions du duodénum : quelques traces de simple injection dans le milieu de la longueur des intestins grêles; six ulcérations seulement de la grandeur d'une lentille, et sans boursoufflement à leur pourtour près de la valvule cœcale; toutefois grand nombre de ganglions mésentériques médiocrement engorgés, mais d'un rouge livide à l'extérieur comme à l'intérieur. Rien d'altéré dans le gros intestin, foie décoloré d'une bonne consistance, rate noirâtre et ramollie, bile cystique séreuse, vagin étroit offrant des traces de l'hymen.

C'est encore à la suite de symptômes cérébraux prédominans qu'ont succombé tous les malades dont nous venons de rapporter l'histoire. Nous ne rechercherons pas quel a été le point de départ de ces symptômes, nous remarquerons seulement que les altérations trouvées

dans les voies digestives étaient en général peu considérables, si on les compare surtout à celles dont nous avons parlé précédemment. Ainsi le nombre des engorgemens folliculaires était borné pour chaque cas particulier, à trois (*Obs.* XXXIX.ᵉ, six (*Obs.* XL), ou dix (*Obs.* XXXVI.ᵉ) Celui des ulcérations n'allait pas au-delà de trois (*Obs.* XXXVII.ᵉ), et même dans un cas il n'en existait qu'une seule (*Obs.* XXXVIII.ᵉ) A la vérité l'estomac a présenté dans quelques-uns de ces cas une couleur anormale, quelquefois avec épaississement ou ramollissement de sa membrane interne. (*Obs.* XXXIX.ᵉ) Les parois de l'intestin grêle ont été trouvées amincies, et leur membrane muqueuse d'un aspect moins villeux que dans l'état sain. Mais quelque valeur qu'on donne à ces lésions (faisant la part de ce qui peut être qu'un simple résultat cadavérique), on ne saurait y voir des désordres au moins incurables. Quand on considère maintenant que le traitement a été dirigé en grande partie sur les viscères digestifs, on se demande si c'était là qu'existait réellement tout le mal, et si les poumons que nous avons trouvés le plus souvent engorgés et ramollis à leur partie postérieure, si le cerveau qui, dans deux cas (*Obs.* XXXIX.ᵉ et XL.ᵉ), avait perdu sa consistance naturelle, ou bien présentait un ramollissement rouge à sa surface, ne réclamait pas également une médication spéciale. Apprécions du reste ce traitement en lui-même et par ses effets. Dans le premier cas (*Obs.* XXXVI.ᵉ), il a été des plus antiphlogistiques; cent cinquante sangsues ont été appliquées dans l'espace de quatre jours, et les symptômes loin de s'amender ont semblé s'aggraver, pour ainsi dire, en proportion des évacuations sanguines. Dans le second cas (*Obs.* XXXVI.ᵉ), une perte de sang abondante résultant de la lésion d'une artériole par la morsure d'une sangsue, a jeté le malade dans un tel état

de prostration, qu'il a succombé peu de jours après à une pneumonie secondaire, bénigne en toute autre circonstance, mais à la résolution de laquelle ses forces n'ont pu subvenir. Dans les trois derniers cas enfin ; on a poursuivi la douleur épigastrique ou le dévoiement, en quelque sorte, la sangsue à la main (*voyez* en particulier l'*Obs.* XL.[e]), et l'on n'a rien gagné qu'un affaiblissement progressif des malades. Qu'on se rappelle à présent ce que nous avons dit sur le petit nombre des follicules intestinaux engorgés ou ulcérés (engorgemens et ulcérations qui constituent l'état anatomique principal de la maladie dont nous nous occupons), et l'on pensera sans doute que plusieurs de ces malades n'auraient pas succombé si les déperditions sanguines eussent été moins abondantes et faites plus à propos; car ce n'est point l'emploi, mais l'abus et l'inopportunité du moyen que nous combattons.

Quoi qu'il en soit, examinons encore un certain nombre de cas dans lesquels le même traitement, sans paraitre accélérer le terme fatal ou bien en être une des causes principales, s'est montré cependant tout-à-fait inefficace.

(*La suite à un prochain Numéro.*)

Observations sur quelques cas d'iléus et sur le rétrécissement de l'intestin; par M. Corbin, *D. M. P., chef de clinique à l'hôpital de la Charité.*

L'iléus est une des maladies les plus obscures. Les faits récens dans lesquels les sujets ont pu être examinés après la mort, portent à croire que presque toujours il tient à une cause mécanique. Mais il n'est pas certain qu'on connaisse toutes les dispositions pathologiques qui peuvent

y donner lieu, et pour les causes connues, on n'a point encore apprécié leur fréquence relative. Le traitement, qui doit nécessairement varier avec les causes, n'a pu être fixé. C'est donc là une de ces affections, qui demandent le plus de recherches de la part du pathologiste et du thérapeutiste, et il est bon de publier tous les faits qui offriront quelques circonstances intéressantes ou quelques essais plus ou moins heureux.

Obs. I.re *Diarrhée, et, par intervalles, constipation, coliques, vomissemens, avec ballonnement de l'abdomen.* — *Mort.* — Jallat, François, âgé de 25 ans, tailleur, d'une constitution grêle et d'un tempérament lymphatique, était entré le 15 décembre 1828 à la Charité, service de M. Lerminier; il toussait depuis quelque temps, se plaignait de sueurs nocturnes, d'un dévoiement qui le faisait aller trois ou quatre fois à la selle en vingt-quatre heures, et d'un amaigrissement progressif. La percussion ni l'auscultation n'avaient fait reconnaître aucune lésion dans le thorax; l'abdomen n'était ni tendu, ni douloureux. Tel était encore l'état du malade, le 1.er janvier 1829, lorsque je le vis pour la première fois.

Les jours suivans se passèrent sans changemens notable; les selles étaient un peu moins fréquentes et il y avait une légère amélioration dans l'état général, le traitement se bornait à *la décoction de riz, pour tisane*, et à des *lavemens émolliens*. Le 10, l'abdomen se tuméfia beaucoup et devint tendu et douloureux; il y eut des coliques violentes, des vomissemens de matières bilieuses; en même temps le pouls était petit et fréquent, la face décomposée. On apprit que le malade avait été constipé pendant toute la journée de la veille, qu'il n'avait été à la selle que la nuit, et qu'il avait rendu fort peu de matières avec beaucoup de peine. Des *fomentations émollientes* furent appliquées sur l'abdomen, et l'on administra *un*

lavement. Quelques heures après, il y eut une évacuation abondante, et les douleurs se dissipèrent; le malade revint à son état habituel, ayant de temps en temps quelques coliques, du dévoiement, sans fièvre, sans sensibilité permanente de l'abdomen; il fut maintenu à un régime fort sévère, mais dont il s'écartait quelquefois un peu, malgré toute la surveillance possible.

Dans la nuit du 21 au 22, il fut pris de nouveau de coliques violentes. Le matin, on trouva l'abdomen fort tendu et le malade se plaignait d'un gonflement douloureux et de vents qu'il ne pouvait pas rendre. *Douze sangsues* furent appliquées à l'anus. On donna des *lavemens émolliens*, et comme ils n'avaient produit aucun effet, dans la journée on administra une *potion purgative avec une once d'huile d'amandes douces, autant de sirop d'aloës et douze gouttes de laudanum, dans quatre onces de véhicule*. Il y eut plusieurs évacuations, et les accidens se dissipèrent encore. Un intervalle de six semaines s'écoula sans crise nouvelle.

Le 6 mars, les selles se suspendirent encore, et en même temps les coliques, les vomissemens, le météorisme de l'abdomen reparurent. On employa, cette fois, *des opiacés en potions et en lavemens, des frictions sur l'abdomen avec l'huile de camomille*, et les symptômes s'amendèrent encore.

Une nouvelle crise du même genre eut lieu le 18, et dura beaucoup plus long-temps. Les différens moyens employés précédemment ne produisirent aucun soulagement. On y joignit les *demi-bains*, les *fomentations émollientes*, qui n'eurent pas plus de succès. Plusieurs lavemens, administrés successivement ce jour-là et le lendemain, ne furent rendus que le 20. Ces évacuations ne furent pas suivies du soulagement accoutumé. Le ventre resta tendu, sensible à la pression; le pouls, ordinai-

rement faible, était roide et fréquent, et la peau très-chaude. Le 22, *douze sangsues furent appliquées à l'anus.* Le 23, le malade se plaignit de suer presque continuellement; la face était altérée et dolente; la constipation persistait; il y avait toujours quelques vomissemens bilieux. Même état le 24. Le 25, les vomissemens redoublèrent de violence. La moitié d'une bassine fut remplie en douze heures de bile porracée. La figure indiquait une angoisse inexprimable, et le malade ne pouvait s'empêcher de pleurer. Il mourut dans la nuit suivante.

Autopsie. — Triple rétrécissement à la fin de l'intestin grêle. Pus dans la cavité péritonéale, adhérences et injection de la séreuse. Situation anormale des intestins. Quelques tubercules au sommet des poumons.

Extérieur. — Marasme fort avancé.

Crâne. Non ouvert.

Poitrine. — A droite, adhérences celluleuses multipliées des deux feuillets de la plèvre. Au sommet du poumon, noyau d'induration du volume d'une noix, contenant quatre ou cinq tubercules crus. A gauche, deux autres noyaux semblables, contenant plusieurs tubercules, dans la partie supérieure du poumon. Tout le reste est sain.

Le cœur n'offre aucune lésion.

Abdomen. — La surface extérieure des intestins est très-injectée et d'un rouge lie-de-vin, couverte d'une couche de pus grisâtre et, dans quelques points, de petites granulations blanches. Le petit bassin est rempli de pus d'un jaune sale; il y en a aussi beaucoup dans chaque flanc.

Les intestins, soudés ensemble dans plusieurs points, sont déplacés et pour ainsi dire bouleversés. Une première couche est formée par une grande partie de l'intestin grêle, à-peu-près tout l'iléon, dont en bas plusieurs anses

plongent dans le bassin, et vont faire corps avec la vessie et le rectum au moyen d'adhérences assez solides, tandis qu'en haut d'autres anses sont relevées au-devant de l'estomac, et tellement distendues d'ailleurs, qu'on a peine à y reconnaître l'intestin grêle. Cette première couche est appliquée sur le grand épiploon, qui est replié sur lui-même de bas en haut. Enfin, on trouve l'estomac, le colon transverse et le reste de l'intestin grêle. Toutes ces parties adhèrent entre elles dans beaucoup de points.

A l'intérieur, on ne trouve aucune lésion remarquable jusqu'à environ trois pieds avant le cœcum. Là existe un rétrécissement de l'intestin, formé par une valvule circulaire, au centre de laquelle est une ouverture qui admet à peine le bout du petit doigt. Le pourtour de cette ouverture est lisse et arrondi. Quant à la valvule, elle peut avoir deux lignes de largeur; la surface en est inégale, et elle offre des dépressions et des saillies qui ressemblent à des espèces d'aréoles, mais aucune de ces dépressions ne traverse la valvule de part en part. Immédiatement au-dessus existe un renflement de l'intestin, et la dilatation est si considérable, que l'intestin égale le volume de l'estomac. Dans cet endroit, l'épaisseur des tuniques intestinales est beaucoup augmentée. Les deux celluleuses et la musculeuse ont un aspect nacré et une dureté presque squirrheuse. La portion contiguë du mésentère et les ganglions qu'elle renferme sont également hypertrophiés et indurés. Un pied et demi plus bas, et par conséquent à pareille distance du cœcum, on trouve un second rétrécissement, et un troisième à quelques pouces au-dessous. Le second diffère du premier en ce que la valvule qui le forme est incomplète et laisse libre un côté de l'intestin. Le troisième est formé par une valvule circulaire, mais à peine saillante d'une ligne, et qui

laisse au centre une ouverture assez large. L'aspect de ces valvules est le même que celui de la première. Au-dessus de ces deux rétrécissemens il n'y a pas de renflement aussi marqué qu'au-dessus du premier. Mais toute cette portion d'intestin, depuis le premier jusqu'au troisième, offre une dilatation générale très-sensible. On y retrouve aussi l'épaississement, la dureté presque squirrheuse, et une grande friabilité des diverses tuniques. Enfin il y a à l'intérieur un grand nombre d'énormes ulcérations, dont une est située immédiatement au-dessus du premier rétrécissement, et les autres dans les espaces intermédiaires, et plus bas encore, jusqu'au cœcum. Quelques-unes de ces ulcérations ont de deux à trois pouces de long, et occupent toute la circonférence de l'intestin.

Les valvules, disséquées avec soin, ont paru formées d'une muqueuse, soit la muqueuse intestinale, soit un tissu de nouvelle formation, dont les deux replis, adossés, étaient soutenus par un tissu cellulaire épais et consistant.

La fin du tube digestif ni les autres organes n'ont offert aucune lésion remarquable.

Obs. II.ᵉ — Tumeur dans le flanc droit; par intervalles, constipation, ballonnement de l'abdomen, vomissemens de matières bilieuses et fécales; puis diarrhée, affaissement du ventre, soulagement momentané; disparition de tous ces accidens pendant un temps considérable; sortie de l'hôpital. — Catherine Lominet, âgée de 16 ans, petite et faible en raison de son âge, non encore réglée, entra le 2 septembre 1829 à la Charité, et fut couchée au n.° 14 de la salle Sainte-Madeleine, service de M. Chomel. Elle était malade ou du moins languissante depuis six mois. Elle avait presque toujours eu depuis lors des coliques, de la diarrhée, des borborygmes dans

l'abdomen, des maux de cœur, des nausées, et quelquefois elle avait rejeté dans ces indispositions quelques gorgées de mucosités. Depuis trois mois seulement ou environ elle croit sentir dans ces mêmes momens une boule qui parcourt les diverses régions du ventre, mais qui revient toujours se fixer dans la région iliaque droite. Cette partie se gonfle sensiblement, même pour la vue, et la boule peut être palpée et circonscrite. Enfin il y a trois jours la malade a vomi pour la première fois. Ces vomissemens sont revenus à plusieurs reprises, et elle a rendu en grande quantité un liquide vert et amer qui ne saurait être autre chose que de la bile.

En palpant l'abdomen de cette jeune fille, qui était souple et indolent au moment de l'entrée, on y produisit un gargouillement comme celui d'un liquide qu'on agite dans une bouteille à demi-pleine, et ce bruit devint bien plus fort encore en imprimant des secousses au tronc, ce qui était facile à cause de la petitesse de la malade. Dans la fosse iliaque droite, à-peu-près à l'endroit où devrait être situé le cœcum, on reconnut profondément une tumeur rénitente, de la forme et du volume d'un œuf de poule. M. Chomel pensa que ce pouvait bien être l'ovaire hypertrophié. La jeune fille ne put donner aucun renseignement sur l'époque où cette tumeur avait paru; à peine se doutait-elle de son existence, et quand elle avait cru la sentir elle l'avait prise pour un reste de cette boule qu'elle sentait courir dans son ventre au moment des douleurs, boule beaucoup plus volumineuse, élastique, et qui ne pouvait être autre chose que des gaz retenus dans ce point, comme on le verra plus bas. On s'assura, par des recherches attentives, qu'il n'existait point de hernie. On se contenta pour le moment de donner à la malade *une tisane de chiendent nitré, des lavemens émolliens, douze grains d'extrait de saponaire chaque jour en pilules.*

Pendant les premiers jours, il y eut des coliques fréquentes, peu ou point de selles. Le ventre était habituellement météorisé, tendu et un peu douloureux à la pression. Des *bains tièdes*, qu'on fit prendre à la malade, la soulagèrent fort peu. Le 7, elle éprouva des coliques beaucoup plus violentes, et vomit en grande quantité des matières liquides, en partie bilieuses, en partie brunes et en grumeaux, d'une odeur désagréable, mais qui n'était cependant pas tout-à-fait celle des matières fécales. Pendant les coliques, on voyait les intestins se dessiner à travers les parois de l'abdomen, et former des replis et des nodosités, semblables en quelque sorte à des serpens. Le moindre mouvement imprimé à l'abdomen, produisait le gargouillement indiqué plus haut. La malade était toujours constipée. On ne pouvait dès lors méconnaître la nature des accidens. Evidemment, il y avait étranglement dans une partie de l'intestin. La cause de cet étranglement devait être la tumeur de la fosse iliaque, point d'où partaient toujours les douleurs et où elles se faisaient sentir en dernier lieu. Cette tumeur, sans doute, appuyait sur une partie voisine de l'intestin, la pressait de manière à l'obstruer, ou du moins la pinçait dans une plus ou moins grande partie de sa circonférence. Telle fut l'opinion émise par M. Chomel. On couvrit l'abdomen de *cataplasmes émolliens, on administra plusieurs lavemens*, dont une partie seulement parut être rendue, à en juger par la quantité des matières évacuées. Le lendemain, cependant (le 8) la malade était bien plus calme, le ventre moins tendu; il n'y eut que de légères coliques, et de loin en loin quelques efforts de vomissemens, presque sans effet. Le 9, les coliques et les vomissemens reviennent avec plus de violence. Les matières vomies sont de même nature que celles qui ont été indiquées plus haut. Le 10, *on couvre l'abdomen de glace*, qu'on a soin de renouveler; on administre

un lavement froid, et l'on donne pour boisson *une pinte de bouillon aux herbes, dans laquelle on a fait dissoudre une once de sel de Glauber.* Les accidens se calment; la malade va plusieurs fois à la selle, ne vomit plus. Le 11 au matin, le mieux paraît devoir continuer. *Mêmes prescriptions que la veille.* Mais le soir, les vomissemens reviennent, et en dernier lieu, la malade rejette des grumeaux de couleur brunâtre, et d'une odeur très-fétide, qui ne permettent plus de méconnaître des matières fécales. Le 12, on *tint de la glace constamment appliquée sur l'abdomen.* (Jusqu'alors il y avait eu des interruptions.) On ordonna d'administrer *plusieurs lavemens d'eau glacée de suite*, autant que la malade pourrait en supporter, dans la vue de distendre fortement les intestins. Six lavemens furent pris ainsi en deux fois dans la journée. On donna *douze grains de scammonée* en six pilules et pour boisson *une solution de sirop de groseilles* que la malade avait désirée. Elle rendit les lavemens presque sans mélange de matières. Cependant elle fut soulagée et cessa de vomir. Le même traitement fut continué avec de légères modifications, les jours suivans. L'état de la malade variait beaucoup : tantôt elle était bien, tantôt les vomissemens et les coliques reparaissaient; on avait toujours beaucoup de peine à obtenir quelques selles, quoiqu'on augmentât beaucoup la dose de la scammonée, qui fut portée bientôt jusqu'à 50 grains par jour.

A cette époque seulement, c'est-à-dire le 18 septembre, se déclara un véritable dévoiement, au point que la malade alla sept ou huit fois, dans les vingt-quatre heures, et chaque fois rendit une grande quantité de matières liquides. L'apparition de cette diarrhée fut suivie d'une amélioration qui ne se démentit plus. Il y eut bien quelquefois de légères indispositions, mais plus de coliques violentes ni de vomissemens. On continua à tenir le ven-

tre libre au moyen de la *scammonée*, dont on diminua la dose, et plus tard de *quelques onces de manne*, qu'on administra de temps en temps. Dès le 21, la malade, qui jusqu'alors n'avait pu prendre que quelques bouillons par intervalles et qui les avait rarement digérés, mangea deux potages au riz, qui passèrent bien. On augmenta progressivement les alimens, avec réserve cependant; il est à remarquer que bien que la malade eût toujours du dévoiement, il se passa quelque temps avant qu'elle rendît des vents. Cela n'eut lieu que le 1.er octobre.

La malade était revenue à un état fort supportable. Elle passait la plus grande partie du jour levée et faisait bien toutes ses fonctions; mais elle restait faible, maigre et pâle, et il lui restait cette tumeur de la fosse iliaque, qu'on avait cru pouvoir regarder comme la cause première de tous les accidens. De temps en temps des élancemens se faisaient sentir dans cette région et s'irradiaient dans le voisinage. *Quelques sangsues* furent appliquées sur ce point, à plusieurs reprises, et plus tard on pratiqua des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse. On crut un moment avoir obtenu une diminution de volume; mais ensuite en examinant plus attentivement, en cernant la tumeur d'avant en arrière entre le pouce et les autres doigts, on reconnut que le volume était toujours le même, s'il n'avait point augmenté. La malade resta encore quelque temps; mais enfin elle s'ennuya du séjour de l'hôpital et voulut sortir le 8 mars 1830.

A cette époque, elle avait encore de la diarrhée, bien qu'on eût discontinué les purgatifs; quelquefois cependant elle rendait des excrémens moulés et assez solides; de temps à autre, il y avait de légères coliques, qui tenaient peut-être à quelque écart de régime; mais depuis près de six mois, on n'avait pas vu reparaître ces accidens si graves, qui pouvaient indiquer un étranglement de l'intestin.

La tumeur était stationnaire et habituellement indolente ; la peau qui la recouvrait n'avait jamais changé d'aspect. Les menstrues ne paraissaient pas ; la malade était toujours pâle et maigre, quoiqu'elle digérât bien. On la laissa retourner chez elle, et on lui promit de la recevoir de nouveau à l'hôpital, si elle était reprise de ses douleurs, ce qu'elle accepta avec empressement. Elle n'a pas reparu depuis.

Obs. III.e — Constipation, coliques, douleurs dans la région du cœcum, vomissemens stercoraux, guérison. — Chassereau, veuve Chrétien, âgée de 45 ans, entra à la Charité le 7 novembre 1829, salle Sainte-Magdeleine, n.° 1, service de M. Chomel. De haute stature et fortement constituée, elle s'était toujours bien portée jusqu'à il y a trois ans. Depuis lors elle est habituellement constipée; quelquefois elle passe une semaine entière sans aller à la selle. Par intervalles elle éprouve dans le flanc droit, vers le point où est situé le cœcum, des douleurs qui se propagent ensuite à tout le reste du ventre et se convertissent en coliques violentes. En même temps elle a des envies de vomir, de la fièvre, une extrême anxiété. La violence des douleurs ne lui permet pas de rester en place : elle se roule par terre, le ventre sur le carreau, et le froid la soulage. Quelquefois ces crises ont eu lieu aux époques où elle attendait ses règles, et elle usait alors d'une boisson spiritueuse, d'un élixir, qui, suivant elle, faisait paraître les menstrues et mettait fin aux douleurs. Au reste, cette coïncidence des crises avec la période menstruelle n'a pas été assez fréquemment répétée, et la malade ne peut pas donner à ce sujet des renseignemens assez précis pour qu'on y attache une grande importance.

Il y a cinq jours, pendant la nuit, sans aucune cause accidentelle, à moins qu'on ne tienne compte de la con-

stipation, qui est habituelle, Chassereau fut prise de douleurs abdominales plus violentes que jamais, qui partaient, comme à l'ordinaire, du voisinage du cœcum. Ces douleurs ont continué depuis avec des intervalles de rémission, et elles sont devenues de plus en plus fortes. Elles existent encore au moment de l'entrée, et sont accompagnées d'envies de vomir presque continuelles. Cependant la malade ne vomit pas. En palpant l'abdomen on ne trouve aucune tension, aucune rénitence dans le point que la malade indique comme le plus douloureux. Cette pression exaspère la douleur. La malade n'a jamais rendu de graviers en urinant, et il n'y a pas d'autre symptôme qui puisse faire soupçonner une néphrite. Il n'existe point de hernie à laquelle on puisse attribuer les accidens. La langue est humide, un peu blanche, la peau chaude et le pouls fréquent. (20 *sangsues sont appliquées sur la région iliaque droite, qu'on couvre ensuite d'un large cataplasme émollient ; deux lavemens émolliens sont administrés. On donne pour boisson de l'orge miellée.*)

Le lendemain la malade était légèrement soulagée ; elle avait rendu les lavemens tels qu'elle les avait pris. Ce fut alors seulement qu'elle parla à M. Chomel de ce qu'on a dit relativement aux menstrues. Elle les attendait précisément à cette époque. On prescrivit *une tisane d'armoise, deux onces de vin de Malaga, l'exposition de la vulve à la vapeur d'eau chaude, deux fois le jour.* Les règles ne parurent pas. La malade alla deux fois à la selle, et se trouva beaucoup soulagée.

Trois jours se passèrent pendant lesquels la malade alla de mieux en mieux. Dans la journée du 12, les accidens se renouvellèrent, et le 13 au matin on trouva Chassereau dans un état très-grave. Une large bassine était presque remplie de matières qu'elle avait vomies la veille, matières

liquides, en partie bilieuses, en partie brunâtres et grumeleuses, excessivement fétides, et ayant tous les caractères des matières stercorales; avec cela il y avait des hoquets, le pouls était petit, la voix presque éteinte, la face misérable et portant l'empreinte du désespoir. On prescrivit de *l'eau de Seltz, des lavemens émolliens, des cataplasmes émolliens sur l'abdomen.* La malade continua de vomir, et dans le jour elle remplit cinq fois une grande bassine de matières louches, d'un jaune brunâtre, semblables à celles de la veille. *On couvrit le ventre de glace; on donna plusieurs lavemens d'eau froide, et l'on fit prendre une once de sel de Glauber dans de l'eau de Seltz.* Il y eut encore deux vomissemens abondans, mais purement bilieux; le ventre resta tendu, douloureux; les hoquets et les autres symptômes persistèrent, quoiqu'avec un peu moins de gravité. On continua *les applications de glace, les lavemens d'eau glacée;* on substitua la *limonade tartarique à l'eau de Seltz, et l'on y joignit* 48 *grains de scammonée en douze bols*, à prendre d'heure en heure. Il y eut plusieurs évacuations dans la journée. La malade eut encore quelques hoquets; elle ne vomit plus; les évacuations continuèrent pendant la nuit. Le lendemain la malade était bien mieux encore. Le visage était calme, le pouls plein et régulier, le ventre souple et indolent. Ce mieux ne se démentit pas. On se borna dès-lors à un traitement émollient, et plus tard on donna des alimens qui furent bien digérés. Chassereau quitta l'hôpital après quelques jours de convalescence. Elle promit de revenir si elle retombait malade, et depuis on n'en a plus entendu parler.

Je ne chercherai point à faire ressortir dans ces observations les symptômes communs à tous les cas d'iléus. Mais la malade n.° 2 a offert quelques particularités qui s'observent rarement; ce sont la sensation d'une boule

qui semblait parcourir les divers points de l'abdomen, les bosselures formées par les intestins à travers les parois abdominales, et le gargouillement qu'on produisait en pressant ces mêmes parois, et surtout en secouant le tronc. Tous ces phénomènes tiennent à l'accumulation d'une certaine quantité de gaz au-dessus du point où existait l'obstacle. Ainsi cette prétendue boule, après avoir parcouru le reste de l'abdomen, venait enfin se fixer dans la fosse iliaque, à l'endroit où existait la tumeur. Outre la distension de l'intestin par des gaz, les bosselures supposent des contractions violentes et des parois abdominales assez minces. Pour que le gargouillement se produise, il faut qu'une certaine quantité de liquide existe au-dessus de l'obstacle en même temps que des gaz. C'est un phénomène tout-à-fait semblable au bruit que quelques personnes produisent à volonté dans leur estomac après qu'elles ont bu.

Beaucoup de causes diverses, avons-nous dit, peuvent donner lieu à l'étranglement interne. Quelles ont été ces causes dans les trois cas particuliers qu'on vient de lire? Dans le premier, l'obstacle ne saurait être méconnu: c'est le triple rétrécissement trouvé dans l'intestin grêle, et surtout le premier de ces rétrécissemens, le moins perméable de tous, outre sa position, qui devait lui donner une plus grande part dans les accidens.

Peut-être, dans ce cas, croira-t-on devoir accorder quelque influence à la disposition anormale des intestins, produite par les adhérences. Une pareille disposition peut donner lieu à l'étranglement. Telle est l'opinion de M. Baudelocque, agrégé à la Faculté, et voici comment il s'exprime dans son ouvrage: « Ces adhérences sont devenues plusieurs fois la cause de l'étranglement intérieur de l'intestin ou de l'épiploon, et par suite de la mort, après une nouvelle péritonite. » (Voyez Baudelocque, *De*

la péritonite puerpérale, page 146.) Il n'est pas même nécessaire, pour cela, de supposer qu'une anse intestinale s'engage au-dessous d'une adhérence étroite, qui fera office de bride; il suffit que les matières doivent marcher dans des directions variées et inaccoutumées, et que l'intestin, qui n'est plus mobile, ne puisse plus aussi activement en aider le trajet par ses contractions.

Dans le second cas, il est probable, comme l'a pensé M. Chomel, que la tumeur de la région iliaque était la cause de tous les accidens, par la compression qu'elle exerçait sur l'intestin.

Dans le troisième, enfin, on ignore absolument quelle pouvait être la cause des accidens. Etait-ce une invagination, une bride qui étreignait l'intestin? L'examen de l'abdomen n'a rien appris à cet égard, et le plus souvent, je crois, n'apprendra rien en pareil cas, à moins que les malades ne succombent. Y avait-il simplement accumulation de matières fécales dans un point? La nature et la quantité des évacuations qui ont eu lieu à la fin n'autorisent point non plus, sous ce rapport, un soupçon tant soit peu fondé. Enfin, si la rétention ou l'écoulement des règles avait quelque influence sur les accidens, ainsi que la malade l'a indiqué, se produisait-il dans quelque organe voisin du tube digestif, mais situé trop profondément pour être senti, une congestion momentanée? C'est encore une simple conjecture que je livre sans pouvoir l'appuyer d'aucun argument plausible.

Je pense qu'à l'occasion du premier malade, on ne me saura pas mauvais gré de placer ici quelques considérations sur le rétrécissement de l'intestin. Il se présente sous deux formes: quelquefois le calibre de l'intestin est simplement diminué, sans qu'il existe à l'intérieur aucune partie saillante: c'est un resserrement, une sorte d'étranglement, qui peut avoir plus ou moins d'étendue, depuis

quelques lignes jusqu'à un pouce, ou plus encore : c'est là l'espèce de rétrécissement la plus commune. D'autres fois, non seulement il y a resserrement et diminution du calibre; mais à l'intérieur il existe une valvule plus ou moins saillante, incomplète ou complète, et offrant au centre ou sur l'un des côtés un orifice plus ou moins étroit : c'est là le cas le plus rare. Je renvoie pour la description de ces valvules à l'autopsie du numéro I.

Ces rétrécissemens m'ont paru se former habituellement, dans les points où ont existé de larges ulcérations, et je crois devoir les attribuer à un travail de cicatrisation. Voici sur quoi sont fondées ces idées.

1.° Les rétrécissemens existent presque toujours en même temps que des ulcérations, de telle sorte qu'on trouve successivement dans le même intestin des rétrécissemens et des ulcérations. Souvent dans ce cas, les ulcérations n'existent pas seulement dans l'intervalle des rétrécissemens; mais on en trouve des traces au voisinage même du point rétréci. C'est ce qu'on a pu voir dans l'autopsie du numéro I, et ce que j'ai rencontré fréquemment, comme je l'ai dit plus haut.

2.° Quelquefois dans un intestin, tous les points ulcérés, (il s'agit toujours ici de larges ulcérations, de celles qui portent sur la totalité ou la plus grande partie de la circonférence) quelquefois tous les points ulcérés sont rétrécis et forment des étranglemens visibles même à l'extérieur, tandis que dans les parties saines, le tube digestif a conservé sa largeur. (1)

Cela posé, il semble assez naturel *à priori*, d'attribuer

---

(1) Mon collègue, M. Pagès, interne de M. Lerminier, m'a remis un intestin grêle qui présentait ainsi onze étranglemens successifs, lesquels correspondaient à autant d'ulcérations. Vu extérieurement, cet intestin avait en quelque sorte la forme d'un roseau.

le rétrécissement à un travail de cicatrisation; autrement l'ulcère, en produisant une perte de substance, devrait agrandir le calibre intérieur de l'intestin, au lieu de le diminuer. On sait ce qui se passe à l'extérieur, dans la cicatrisation des plaies. Le tissu de nouvelle formation attire à lui la peau des parties voisines et la fait contribuer à recouvrir les parties dénudées. La même chose a lieu dans la cicatrisation des ulcères intestinaux, comme le savent tous ceux qui ont ouvert un certain nombre de cadavres. Chez les phthisiques surtout, plus encore qu'après les fièvres typhoïdes, quand les ulcères se cicatrisent, on aperçoit autour une sorte de froncis, qui indique la constriction des parties voisines. Mais, dans un tube souple et susceptible de céder, comme l'intestin, cette constriction ne peut avoir lieu sans qu'il en résulte un rétrécissement, rétrécissement léger si l'ulcération était petite, très-sensible si elle était plus considérable, et surtout si elle occupait toute la circonférence.

Quant à la formation des valvules, on peut l'attribuer à ce même resserrement, qui ne s'exerce pas seulement transversalement, mais en tous sens, et par conséquent aussi de haut en bas. Les portions de l'intestin supérieures et inférieures à l'ulcération venant à se rapprocher outre mesure, il en résulte une cicatrice saillante, en forme de bourrelet, comme on en voit se former très-souvent à l'extérieur. Ou bien on peut supposer encore que des lambeaux de la muqueuse, détachés des parties sous-jacentes, se seront agglutinés ensemble de manière à former ces espèces de valvules. L'aspect de ces valvules, pour lesquelles je renvoie à l'observation numéro I, dont la description s'accorde avec ce que j'ai vu dans d'autres cas, ne répugne ni à l'une ni à l'autre de ces idées.

Nul doute que certains rétrécissemens de l'intestin ne puissent reconnaître une autre origine, et en particulier

la dégénérescence squirrheuse qui, en épaississant les parois, diminue nécessairement la capacité intérieure. Mais je ferai remarquer que souvent la lésion qu'on appelle squirrhe de l'intestin, existe en même temps que des ulcérations, et dans ce cas je crois que bien rarement le squirrhe est la maladie primitive. Toutes les fois qu'il y a eu du dévoiement pendant long-temps et qu'il existe un grand nombre d'ulcérations dans le gros intestin, comme par exemple chez les phthisiques, les tuniques intestinales sont en même temps épaissies et indurées, en un mot, squirrheuses. Ne semble-t-il pas probable que, dans ce cas, l'ulcération est la lésion primitive? Ces idées sont tout-à-fait conformes à celles de M. le professeur Andral, qui ne voit dans le squirrhe de l'intestin qu'une induration du tissu cellulaire résultant d'une irritation chronique.

Quelle que soit au reste la cause du rétrécissement de l'intestin, lorsqu'il est porté assez loin, et surtout au degré nécessaire pour donner lieu à l'étranglement, il y a toujours au-dessus une dilatation produite par le séjour habituel des matières et des gaz, et en même temps une hypertrophie avec induration des tuniques intestinales, qu'on peut attribuer à une irritation chronique entretenue par la même cause. C'est ce qu'on a pu voir dans l'autopsie du n.° 1, dont l'intestin égalait l'estomac, lequel, il est vrai, était un peu revenu sur lui-même, comme il arrive toujours après une longue abstinence. Quant à la diminution du calibre de l'intestin au-dessous du point rétréci, que plusieurs auteurs ont indiquée, elle était nulle chez ce sujet; dans d'autres cas où j'ai cru la reconnaître elle était peu sensible; et en général je crois qu'on doit la regarder comme un résultat beaucoup moins nécessaire du rétrécissement que la dilatation qui se forme au-dessus. On en concevra facilement la raison.

Malgré l'épaississement des tuniques intestinales au-dessus du point rétréci, il peut arriver qu'elles cèdent à la distension produite par les matières, et qu'il s'y forme une perforation. C'est du moins ce que j'ai vu dans deux cas que je me propose de faire connaître prochainement, et je crois que la chose serait moins rare, si un rétrécissement porté à un certain degré, en donnant lieu à l'étranglement, ne devenait promptement mortel.

Observation d'un typhus sur-aigu? par Gaultier de Claubry, *D. M. P.*

Lipothymie ; réaction fébrile des plus violente ; phlogose pharyngienne ; continuation de l'état fébrile ; désordres fonctionnels de l'innervation ; mort après trois jours et demi de maladie. Fluidité remarquable et couleur violacée du sang ; ramollissement de tous les tissus porté au plus haut degré.

G....., âgé de dix-neuf ans, d'une taille élevée, d'une figure agréable, d'une constitution lymphatico-sanguine, à laquelle se joint une grande susceptibilité nerveuse, natif de l'île de Bourbon, mais, depuis plusieurs années, élevé à Paris dans les colléges publics, se livre avec une extrême ardeur à des études abstraites. On a des soupçons vagues qu'il aurait récemment commis quelque grave erreur de conduite dans des excès vénériens. Toujours est-il qu'après plusieurs jours d'une application plus soutenue à l'étude, après avoir passé plusieurs nuits sans prendre presque aucun repos ni sommeil, G..... se leva le 24 mai 1829, vers cinq heures du matin. Il avait passé la nuit dans une chambre assez peu spacieuse, où couchaient cinq à six autres personnes, et où la chaleur avait été très-considérable. Peu de temps après il éprouve,

d'une manière subite, un état de lipothymie. Ses jambes ne pouvant le porter, il se laisse tomber entre les bras des assistans; la face est pâle, l'œil à demi éteint, la pupille largement dilatée; une sensation générale de froid a lieu sur toute l'habitude du corps, une sueur froide l'inonde; le cœur ne donne que des battemens faibles et irréguliers. La position horizontale, l'exposition à l'air frais du matin, quelques aspersions d'eau froide à la face, l'inspiration d'un alcoholat aromatique, tels sont les moyens simples à l'aide desquels les assistans raniment l'action nerveuse et font disparaître la lipothymie que vient d'éprouver G..... Aucun médecin n'est appelé pour cet accident, promptement dissipé en apparence, et dont je n'ai même eu connaissance qu'après la mort du sujet.

Deux heures après cette lipothymie, G....., qui en a conservé un singulier état d'affaiblissement général et comme d'épuisement des forces de l'innervation, est pris d'un violent frisson, suivi d'une vive réaction fébrile; le pouls se relève, acquiert une extrême roideur et une fréquence très-grande (130 pulsations), la chaleur est ardente; il y a céphalalgie, sensibilité des organes des sens, ardeur intérieure, sensation d'aridité dans les organes de la déglutition. (*Diète absolue, pédiluves irritans, lavemens émolliens; le soir, vingt sangsues au col.*) Le sang coule abondamment: amélioration qui ne se soutient pas.

Le 25, continuation de l'état fébrile; soif ardente, chaleur intérieure et extérieure portée à un haut degré, anxiété générale, malaise indicible, douleurs contusives dans les membres, dans la direction des centres osseux; la phlogose palato-pharyngienne a plus d'intensité, tuméfaction notable du voile du palais et de la luette, gonflement des amygdales; rougeur vive qui, cependant, est loin de rappeler la teinte purpurine des angines gutturales

qui précèdent et accompagnent la scarlatine ; encore moins semble-il qu'on doive rapprocher un semblable état de celui des phlegmasies exsudatoires pelliculaires. J'ai dit que la fièvre continuait ; le pouls donne 120 pulsations par minutes. (*Vingt-cinq sangsues au col, cataplasmes émolliens entretenus ; pédil. sinap., lavement émollient.*) A peine une légère rémission dans l'intensité de l'état morbide est la suite d'une abondante évacuation du sang, favorisée par les cataplasmes plusieurs fois renouvellés : observons que l'écoulement s'arrête de lui-même, dès qu'on cesse d'appliquer des cataplasmes.

Le 26, la nuit a été assez pénible, il n'y a point eu de sommeil ; le malade s'agite beaucoup ; malgré mes questions répétées, je n'apprends pas alors qu'il y a eu quelques divagations de l'intelligence ; on m'informe seulement qu'il s'est beaucoup occupé de ses études. Le matin, la fièvre est violente, le pouls donne 150 pulsations ; les battemens du cœur sont très-forts, et présentent, dans leur succession précipitée, une sorte de tumulte remarquable ; la main et l'oreille perçoivent également une apparence de tremblement fibrillaire. L'œil est animé, la pupille contractée, la parole brève, le discours interrompu, l'agitation générale assez prononcée, la respiration est non-seulement précipitée, en rapport avec l'accélération de la circulation, mais de plus inégale, irrégulière dans la succession des mouvemens du thorax, par instans suspirieuse, sans que G..... semble s'apercevoir de ces anomalies. La sensibilité cutanée semble légèrement exaltée. La langue est rouge à sa pointe et vers ses bords, et légèrement blanchâtre à son centre ; la phlogose palato-pharyngienne n'a point éprouvé d'augmentation ; elle a plutôt même perdu de son intensité apparente. Il semble qu'il y ait moins de sécheresse. Un état de surexcitation de l'encéphale paraît incontestable,

soit qu'on ne considère que la pulpe nerveuse, ou qu'on prenne en considération les membranes qui l'enveloppent; en un mot, qu'on admette un léger degré d'encéphalite ou une méningite, ce qui suppose toujours une irritation subséquente de l'encéphale, maladie à laquelle la susceptibilité constitutionnelle du système de l''innervation chez G....., et la nature des études fortes auxquelles se livrait ce jeune homme pouvaient avoir disposé ce dernier; le traitement est dirigé en conséquence de cette idée. (*Saignée du bras de ℥xviij, vingt sangsues à la base du crâne, pédiluves irritans, cataplasmes très-chauds autour des pieds, lavem. émoll., garg. acidulé.*) Le sang, conservé dans la petite cuvette évasée où il a été recueilli, n'offrit point, le soir ni le lendemain, de couenne albumineuse; il formait un énorme caillot peu consistant, d'une couleur violacée tirant sur le brun obscur; à peine un peu de sérosité verdâtre le séparait-elle du fond du vase. Le sang des piqûres des sangsues a coulé modérément et a été facilement arrêté. Le pouls perd dans la journée de sa résistance, la chaleur cutanée est moindre, l'excitation anormale du système de l'innervation semble notablement diminuée; une tendance prononcée à la diaphorèse se manifeste; la membrane muqueuse buccale semble humide; la bouche, les *fauces* se remplissent d'un fluide visqueux et d'une salive filante; la phlogose gutturale a perdu beaucoup de son intensité; la couleur rouge n'est cependant pas remplacée par une teinte livide; aucune apparence de pellicules ne se manifeste. Le soir, augmentation de la fièvre, chaleur cutanée accrue, sécheresse de la bouche, agitation générale, insomnie, léger délire exclusivement tourné du côté des études; la respiration est anxieuse, suspirieuse, toujours à l'insçu du malade.

Le 27 au matin, diminution notable dans tous les

symptômes, qui peuvent faire croire à une heureuse et prochaine solution de la maladie. Pouls moins fréquent, assez souple ; chaleur cutanée douce ; respiration égale, assez lente; moindre surexcitation des organes encéphaliques et des sens; néanmoins il persiste une série de phénomènes qui indiquent une affection plus grave que la première apparence le ferait penser. Ainsi, il y a une sorte d'anxiété morale difficile à décrire, une inquiétude vague, des plaintes de lassitude; de loin en loin, quelques inspirations et expirations brusques et saccadées; le pouls même offre peut-être quelques irrégularités ; au moins la main, l'oreille font encore trouver de légers mouvemens d'agitation comme convulsive dans le cœur; mais surtout l'expression de la physionomie a quelque chose de singulier, le calme apparent des traits contrastant avec un regard inquiet. La phlogose buccale est notablement diminuée. (*Gargarismes acidulés.*) Vers le milieu du jour, les symptômes *ataxiques* acquièrent une grande intensité; le malade se découvre sans cesse pour sortir de son lit; il ne garde aucune position; il témoigne une inquiétude vague, son regard exprime l'étonnement et en même temps l'anxiété la plus grande; le délire se déclare. G..... parle avec une singulière effusion de sensibilité de ses parens, de son pays; il a des visions fantastiques; bientôt il tombe dans un état psychologique fort singulier, qui consiste à ne pas se connaître pour ce qu'il est réellement, à parler de lui-même à la troisième personne, à annoncer sa propre mort, dont il a été le témoin; il exprime des regrets amers et pleins d'une sensibilité exaltée sur la perte du pauvre G.....; quelque observation qu'on lui fasse à ce sujet, quoiqu'on lui répète qu'il vit, qu'il parle, qu'il est bien lui-même, son délire continue. La respiration devient anxieuse, entrecoupée par de profonds soupirs; puis elle se fait avec

une extrême lenteur et si doucement, qu'à peine on l'entend; après quoi elle devient subitement haute, profonde ou même convulsive. Les battemens du cœur sont précipités, tumultueux; cet organe semble tremblotter dans la cavité thoracique; le pouls offre un caractère analogue, il est facilement compressible. (*Larges sinapismes aux pieds, vésicatoires aux cuisses, lavemens avec la valériane et l'assa-fœtida; infus. de fleurs de tilleul aromatisée avec l'eau distillée de fleurs d'oranger et la liqueur d'Hoffmann.*) Le soir, continuation de l'état de perturbation du système de l'innervation; irrégularité croissante des battemens du cœur, frémissemens obscurs de cet organe; pouls faible, facilement compressible, irrégulier, intermittent; même état de la respiration; affaiblissement des forces musculaires; mouvemens généraux incertains; obtusion croissante de la faculté sensitive; rêvasserie obscure, refroidissement des extrémités, sueur visqueuse sur le front, la face, le devant de la poitrine. Mort à onze heures du soir, vers la quatre-vingt cinquième heure depuis l'instant où une lipothymie subite a eu lieu. Pendant la durée de cette courte maladie, G..... a été maintenu à l'eau de poulet, à l'infusion de fleurs de mauve édulcorée, aux boissons aqueuses acidulées.

Ouverture du cadavre le 28, *à quatre heures après midi, seize heures après la mort*, la température étant très-douce ce jour là. — Le système vasculaire veineux est gorgé partout d'un sang noir, nullement coagulé, paraissant plus fluide que dans l'état même de vie. Injection des sinus de la dure-mère, de la pie-mère; substances cérébrale et cérébelleuse fortement piquetées de sang violacé, d'une singulière mollesse, se déchirant, et en quelque sorte coulant entre les doigts comme une crême. — Cœur flasque, pâle, contenant des caillots diffluens de sang violacé, qui, dans les cavités droites, se

prolongent au loin jusques dans les veines caves; le tissu musculaire se déchire avec la plus étonnante facilité; le doigt le pénètre, comme il ferait dans le parenchyme d'un foie cuit dans l'eau. Les poumons, engoués au plus haut degré par du sang liquide, cèdent à la moindre pression du doigt comme dans la 3.e période de la pneumonie passée au ramollissement gris. — Dans l'abdomen, le foie énormément gorgé de sang fluide, et d'un jaune pâle, ou feuille morte, est d'une mollesse surprenante; la rate volumineuse n'est plus qu'une bouillie violette, un reste de sang caillebotté; les reins même, parenchyme si consistant dans l'état normal, ne sont que ce qu'est le foie chez un animal sain; toute la surface péritonéale des intestins, le mésentère, l'épiploon, sont fortement injectés de sang fluide. — La membrane muqueuse, dans toute l'étendue des voies gastro-pulmonaires est injectée, violette, pulpeuse, facile à séparer par le moindre frottement des tissus sous-jacens; dans l'intestin grêle, absence d'altérations appréciables des follicules agminés; aucune plaque, aucune ulcération; la tunique muqueuse du rectum surtout est injectée à un haut degré. Celle de la vessie est dans la même condition. — Le tissu musculaire singulièrement développé sur ce jeune et beau sujet, présente, comme celui du cœur, dans les muscles pectoraux, droits de l'abdomen, fessiers, cruraux, jumeaux et soléaires, où les masses sont plus considérables, une couleur pâle et un ramollissement qui passe toute idée, au point que le doigt, enfoncé dans l'épaisseur du muscle fessier, y pénètre comme dans un cœur de veau cuit à l'eau, et en réduit la trame en une masse pultacée. — Quelques infiltrations d'un sang violet et fluide se remarquent dans les grandes masses du tissu cellulaire, derrière le sternum, le long de la partie antérieure du rachis, entre les muscles des cuisses, surtout

entre les masses musculaires de la partie postérieure du rachis. — J'ai oublié de constater l'état de la membrane interne des artères au-delà de l'origine de l'aorte, qui ne présentait rien d'anormal, mais dont le tissu semblait moins consistant que de coutume et comme pulpeux. Le défaut d'instrumens appropriés n'a pas permis de faire l'ouverture du rachis ; mais la moelle alongée et le commencement de la moelle épinière, coupée à l'aide de ciseaux courbes, aussi loin que possible, dans le canal vertébral, présentaient un ramollissement analogue à celui de la pulpe cérébrale. En deux mots, abondance et fluidité extrême d'un sang noirâtre dans tous les tissus, soit à l'état d'injection ou d'ecchymoses; ramollissement de tous les tissus, des plus denses comme des plus mous, du rénal, de musculaire, comme de l'hépatique, du splénique, du pulmonaire, du cérébral, à un degré supérieur à ce qu'on peut imaginer, au moins à ce que j'avais jamais vu auparavant, à ce que j'ai vu depuis dans le service médical d'un grand hôpital.

Réflexions. — De quelle nature était la modification pathologique de l'organisme dans l'observation qu'on vient de lire? En intitulant cette dernière : *Observation d'un typhus sur-aigu*, j'ai mis un point dubitatif (?) Est-ce en effet un typhus? et d'abord ne faudrait-il pas qu'on pût établir avec précision ce que c'est qu'un typhus? Dans le cas qui nous occupe, il n'y a point eu cette série de phénomènes dans les systèmes nerveux et musculaire, qui se caractérise par un état de stupeur, d'où le typhus a pris sa dénomination. Peut-on appeler, d'une manière conventionnelle, typhus, les maladies où existe une altération évidente du sang, comme condition la plus appréciable des modifications pathologiques que subissent les élémens de l'organisme, altération à laquelle on peut rattacher le changement notable qu'on observe alors dans

la consistance des tissus ? Si l'on admettait une semblable supposition, notre fait serait bien évidemment un typhus. En effet, le sang était incontestablement dans des conditions anormales, fluide, non coagulé, violet; d'un autre côté, imprégnant surabondamment tous les tissus de l'économie, il y avait déterminé une altération surprenante de la consistance, un ramollissement qui allait jusqu'à l'état pultacé, crêmeux même. Mais une question plus élevée se présenterait ici à résoudre. Est-ce par le sang lui-même que la maladie, bien évidemment générale, a commencé chez l'infortuné G....., au milieu des apparences de la plus belle santé; ou bien ne faut-il pas admettre préalablement une modification profonde, une perturbation du système de l'innervation, lequel tient évidemment sous son étroite dépendance le reste des systèmes organiques et des élémens constitutifs de l'économie ? Je n'hésite pas à déclarer que telle serait ma manière de voir.

Le sang est primitivement modifié, lorsque les diverses voies de l'inhalation pulmonaire, de l'absorption intestinale et de l'absorption cutanée, servent à introduire avec l'air inspiré, avec les alimens ingérés, avec les substances gazeuses, fluides, solides, mises en contact avec la peau et aussi avec le tissu cellulaire, par l'inoculation artificielle ou accidentelle, la morsure d'un animal, par exemple, des matières qui, portées immédiatement dans les vaisseaux, ont, sans intermédiaire, modifié immédiatement la condition organique des fluides, et spécialement du sang. La maladie commence incontestablement alors par le sang; c'est-à-dire, que le sang arrivant dans les organes, et en particulier dans le système nerveux, se trouve ne plus en être le stimulant normal, comme dans l'asphyxie, par des gaz non respirables, de sorte qu'un sang veineux retourne dans tout l'organisme, ou même

y exerce une impression irritante, stupéfiante, septique, que sais-je? selon qu'il charrie avec lui des principes doués de semblables propriétés, ou que lui-même en a éprouvé une altération profonde, et qui, en définitive, a le même résultat sur l'organisme. En effet, il pénètre à-la-fois la pulpe nerveuse, le tissu charnu du cœur, la fibre musculaire, le parenchyme des différens organes qu'il asphyxie, narcotise, empoisonne, etc. En définitive aussi, l'altération primitive du sang ne se manifeste pendant la vie que par les modifications pathologiques survenues dans les actes fonctionnels des divers appareils; et, après la mort, celles qu'on observe dans les conditions organiques des divers tissus, concurremment avec l'état anormal de fluidité, de non coagulation du sang, démontrent incontestablement une altération profonde et générale de toute l'économie. Ici, sans doute, les recherches nécroscopiques ont présenté une condition pathologique analogue. Mais est-ce ainsi que la maladie a été produite?

G.... jouissait des apparences de la santé; il n'avait commis, que je sache, aucune erreur dans son régime alimentaire; la condition météorologique de l'air ambiant ne révélait aucunement un état de surabondance du principe électrique auquel on pût attribuer la modification instantanée qu'on supposerait avoir été produite primitivement dans l'état du sang. Au lieu de cela, probablement, il y a eu des excès vénériens, au moins des études opiniâtres sur des sujets abstraits, continuées pendant la nuit, au détriment du sommeil; il existait une inquiétude prononcée sur le succès de ces mêmes études. Or, toutes ces causes, n'est-ce pas sur le système de l'innervation qu'elles ont dû exercer primitivement leur influence? En quoi consistera, à la vérité, cette influence? Sera-t-elle purement excitante, et donnera-t-elle lieu au développe-

ment de la condition pathologique appelée irritation, comme on voit souvent de semblables causes déterminer des encéphalites, l'aliénation mentale, etc.? Serait-elle énervante, en ce que le principe inconnu de l'innervation sera épuisé plus promptement et en plus grande quantité que dans l'état normal, ou moins rapidement préparé, reproduit? Et de cette profonde perturbation produite dans le système nerveux, ne résultera-t-il pas un désordre non moins grand dans l'action fonctionnelle des divers appareils organiques, dans la constitution normale du sang? Ce sont là autant de questions d'un grand intérêt physiologico-pathologique, mais dont la solution ne me paraît pas facile à donner.

Toujours est il que les premiers symptômes de la grave et rapide maladie à laquelle G.... a succombé en si peu de temps, et qui a laissé des traces si profondes dans l'universalité de la matière organisée vivante, ont été les symptômes d'une altération survenue soudainement dans le système de l'innervation : lipothymie, faiblesse générale des organes locomoteurs et sensitifs. Bientôt sans doute une réaction a lieu dans l'appareil de la circulation; un mouvement fébrile prononcé se manifeste; des symptômes de phlogose éclatent spécialement dans la membrane muqueuse des voies de la déglutition. Néanmoins si l'on se rappelle toutes les circonstances de la maladie, la succession de tous les phénomènes morbides, l'expression clinique des cas observés, on ne pourra s'empêcher d'y retrouver le cachet de l'altération profonde de l'innervation, ce caractère *ataxique* ou *malin* si bien signalé par les maîtres de l'art.

En définitive, voilà un exemple soigneusement observé d'une maladie si rapidement mortelle, dans laquelle la vie générale a été immédiatement et profondément compromise, où de graves désordres fonctionnels ont eu lieu,

et où l'inspection des parties après la mort a fait reconnaître des altérations remarquables, un état de ramollissement universel.

Quant au traitement, il a été bien infructueux, il faut l'avouer. Mais, alors même que je n'eusse pas ignoré jusqu'après la mort, comme je l'ai fait, la circonstance si importante de l'invasion de la maladie, de cette perturbation d'apparence asthénique qui s'est manifestée alors, qu'eusse-je dû faire ? Lorsque je vis le malade pour la première fois dans la journée du 25 mai, les apparences cliniques étaient celles d'un état fébrile intense et d'une phlogose assez prononcée des organes de la déglutition. Les conséquences funestes de la maladie, les résultats surtout de la nécroscopie, m'ont tristement convaincu de l'absence complète d'un état morbide phlegmasique : je le répète, que fallait-il faire ? Je vais le dire franchement : si j'avais eu connaissance de l'asthénie profonde de l'innervation dans le moment de l'invasion, si le caractère *ataxique*, *malin*, des symptômes m'eût frappé comme il devait le faire, malgré la constitution en apparence forte du sujet, malgré l'expression phlegmasique de l'affection chez un sujet de vingt ans, saisi inopinément au milieu des conditions supposées de la plus belle santé, n'aurais-je pas dû faire spécialement consister mon traitement dans la médication stimulante au moyen des sinapismes, des vésicatoires, en même temps que j'y eusse associé l'administration à l'intérieur des préparations de quinquina ; mais eusse-je prévenu la terminaison fatale ?

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations sur une espèce d'hydropisie dépendante d'une altération organique des reins; par Rob. Christison, *M. D., professeur de médecine-légale à Édimbourg* (1).

C'est M. Bright, médecin de l'hôpital de Guy, qui le premier a découvert que certaines hydropisies reconnaissent pour cause une lésion organique particulière des organes sécréteurs de l'urine. Depuis la publication de son ouvrage, dont nous avons rendu compte dans le 23.ᵉ volume de ce journal, page 548, personne, que nous sachions, ne s'était occupé de cet important sujet, et n'avait tenté de confirmer ou de combattre les opinions de M. Bright, par de nouvelles observations. M. Christison, placé à la tête d'un grand hôpital, l'infirmerie royale d'Edimbourg, et qui se livre avec ardeur à des recherches propres à jetter quelque jour sur la nature, jusqu'ici si peu connue, des altérations pathologiques des liquides animaux, s'est convaincu par sa propre expérience et par celle de plusieurs de ses confrères justement distingués, que le fait avancé par le médecin de Londres est exact, et que l'hydropisie produite par une lésion organique des reins, est une des plus fréquentes. Dans l'espace d'une année, il en a vu plus de vingt exemples, et à l'époque où il a publié son mémoire, cinq personnes atteintes de cette affection étaient encore en traitement, dans les salles de son hôpital. Les observations de ce genre qu'il rapporte

(1) *The Edinburg med. and surg. Journal*, octobre 1829.

et dont nous allons présenter l'analyse détaillée à nos lecteurs fournissent non-seulement la confirmation la plus complète de l'opinion de M. Bright, mais encore elles prouvent plus positivement la présence accidentelle de l'urée dans le sang des individus affectés de cette espèce d'hydropisie.

I.re *Obs.* — Robert Irving, pensionnaire de l'hôpital de Chelsea, âgé de 58 ans, très-robuste, quoique d'une petite taille, entra à l'infirmerie royale d'Edimbourg, le 12 juillet 1828, pour se faire soigner d'un œdème considérable des extrémités inférieures, accompagné d'un gonflement du ventre. Les jambes conservaient l'impression du doigt, et la fluctuation était très-distincte dans l'abdomen. Cette maladie existait depuis trois semaines, et il ne pouvait lui assigner d'autres causes que l'influence des vicissitudes de l'atmosphère, auxquelles sa profession de porteur au marché à la viande l'exposait habituellement. L'œdème n'avait été précédé d'aucune douleur dans la région lombaire ni dans le ventre, d'aucune nausée ni d'aucuns vomissemens; aucun de ces symptômes n'existait à l'époque de son entrée à l'hôpital. Le pouls, la langue, l'appétit et les fonctions des organes digestifs étaient dans l'état le plus naturel. Les renseignemens pris sur l'état antérieur de ce malade apprirent qu'il avait été en 1809 à Walcheren, et qu'après son retour il avait été attaqué d'une fièvre intermittente qui le mit hors de service pendant un an. En 1814, un vaste abcès se forma dans la région épigastrique; on l'ouvrit, et il s'en écoula environ quatre livres de matière purulente; la cicatrice, située à trois pouces au-dessus de l'ombilic, était très-distincte encore. A cette même époque, on crut que le foie était attaqué. Enfin, le malade avouait qu'il avait toujours mené une vie très-dissipée, et qu'il s'était livré à l'intempérance, sous tous les rapports. Au moment de son admis-

sion, la quantité d'urine secrétée dans les vingt-quatre heures était naturelle, c'est-à-dire d'environ deux livres et demie. Le liquide porté à une température voisine du point d'ébullition fournissait un précipité flocconneux très-abondant. Durant les sept premiers jours, l'usage de la scille et de petites doses de calomel augmenta un peu la quantité d'urine; mais comme, sous l'influence de ce traitement, la maladie paraissait rester stationnaire, le 20 juillet, on substitua la digitale à la scille. En quelques jours, la quantité d'urine s'éleva à 6 ℔ 4 onces, et le liquide ne fit plus que se troubler légèrement par la chaleur. Le 15 août, l'œdême des jambes avait très-sensiblement diminué. L'urine dont la quantité s'élevait en général à 6 liv. 14 onces par jour, examinée avec attention, avait une couleur jaune comme celle de certains vins et une forte odeur urineuse; sa pesanteur spécifique était de 1014. 5; elle était encore chargée d'albumine, mais elle contenait aussi évidemment une bonne proportion d'urée. Le 22, l'œdème avait en grande partie disparu, et le volume du ventre était considérablement diminué, quoique la fluctuation y fut encore très-manifeste. Comme le mercure avait commencé à agir sur les glandes salivaires, on le supprima, mais on continua l'emploi de la digitale. Depuis ce moment, la quantité d'urine augmenta rapidement jusqu'à 8 liv. 2 onces par jour. Le 25, l'abdomen, tout-à-fait souple et revenu à son état naturel, permit de s'assurer, par une exploration attentive, qu'il n'y existait aucune dureté ni aucune tumeur dans aucun point de son étendue. Le 30, l'urine était à 8 liv. 12 onces, et sa pesanteur spécifique était de 1011, 8. Elle avait été, pendant plusieurs jours avant cette époque, beaucoup moins coagulable par la chaleur; mais elle recommença alors à fournir un précipité floconneux très-copieux, lorsqu'on la chauffait. L'œdème était tout-à-fait dissipé et le malade

pouvait marcher sans porter de bandage roulé autour de ses jambes ; ce qu'il n'avait encore pu faire depuis son entrée à l'hôpital. Deux jours après, l'abdomen n'offrait plus aucune apparence de fluctuation.

Le 8 septembre, Irving eut une légère atteinte de dysenterie, qui en ce moment faisait de grands ravages à l'hôpital ; elle céda cependant facilement à quelques préparations opiacées. Les urines s'élevaient alors à près de 8 liv. 12 onces par jour et donnaient par la chaleur un précipité très-abondant. On continua l'usage de la digitale ; mais peu-à-peu la quantité d'urine diminua au point que le 12, elle n'était plus que de 7 livres, et le 16 de 6 livres ; cependant l'œdème, le gonflement de l'abdomen étaient à peine perceptibles. L'urine examinée le 12 avec soin, on trouva que sa pesanteur spécifique avait augmenté, et qu'elle ne contenait guère que la moitié de la proportion habituelle d'urée et de sels, mais une très-grande quantité d'albumine. (1) Depuis ce moment, l'état du malade, qui s'était amélioré constamment quoique très-lentement, commença à rétrograder. Le 22, l'œdème et le gonflement du ventre avaient reparu ; la quantité des urines, ce-

(1) Le 30 août, lorsque la quantité de l'urine était de 8 livres 12 onces, sa pesanteur spécifique était de 1011,8 ; le 12 septembre, la quantité étant de 7 livres, la pesanteur spécifique était de 1013,4 ; les matières solides qu'elle contenait était de 29,8 sur 1000 parties, sur lesquelles 20,4 était de l'urée avec une petite quantité d'acétates animalisés, 3,7 des hydrochlorates, des sulfates et des phosphates alcalins, et 5,1 de l'albumine sèche ; le reste était de l'eau. La quantité des phosphates terreux était inappréciable. Pour pouvoir juger de l'altération de ces urines, M. Christison donne l'analyse suivante de l'urine d'une personne bien portante : la quantité n'était que de 2 livres 3 onces par jour ; la pesanteur spécifique était, terme moyen, de 1029. Elle contenait 67,7 pour 1000 de matières solides, dont 55,2 d'urée et d'acétates animalisés, 11,1 d'hydrochlorates, de sulfates et de phosphates alcalins, 1,0 de phosphates et de sulfates terreux et 0,4 de mucus vésical. (*Note de M. Christison.*)

pendant, continuait à être de 5 liv. 10 onces; leur pesanteur spécifique était augmentée, et s'élevait à 1016,4, et quoique la proportion d'urée et de sels fut plus grande, celle de l'albumine s'était considérablement accrue; ce liquide contenait 36, 9, pour 1,000 de matières solides, dont 23,7 d'urée et d'acétates, 4,4 d'hydrochlorates, de sulfates et de phosphates alcalins, et 7,9 d'albumine sèche. Le 29, l'hydropisie avait fait de très-grands progrès, et depuis plusieurs jours, le malade ne rendait plus que 3 livres d'urine dans les vingt-quatre heures, et quoique la densité de ce liquide ne fut pas augmentée, la proportion de l'albumine était devenue sensiblement plus grande. La pesanteur spécifique était de 1016, 3; la proportion de matières solides de 38,6 pour 1,000 dont 24, 7 d'urée et d'acétates, 4, 2 de muriates, de sulfates et de phosphates alcalins, et 9, 1 d'albumine sèche. Depuis plusieurs jours, le malade avait été tourmenté d'une toux fatigante, accompagnée d'une expectoration très-difficile d'une petite quantité de mucus limpide et très-peu visqueux. Le pouls cependant était naturel. On ordonna une potion avec le scille, comme expectorante, et deux jours après on cessa la digitale qu'on remplaça par des pilules de scille et le tartrate acide de potasse, à la dose de deux gros dans une demi-pinte d'eau, trois fois par jour. Malgré l'emploi de ces moyens, la quantité d'urine n'augmenta pas et resta entre 1 livre 14 onces et 2 livres et demie par jour. Le 6 octobre, le malade demanda et obtiut un peu de quinquina en poudre, pour combattre une grande faiblesse et un défaut d'appétit dont il se plaignait. Mais le 11, on fut obligé d'en cesser l'emploi, en raison des symptômes cérébraux qui se manifestèrent; symptômes qui, d'après les observations de M. Bright, doivent être considérés comme d'un très-mauvais augure. Le malade se plaignit d'un trouble de la vue qui augmentait graduel-

lement, et d'un sentiment de pesanteur et de douleur à la région frontale, qui devenait plus intense quand il toussait ou se baissait. L'hydropisie avait fait de nouveaux progrès, et la toux n'avait nullement diminué. La pesanteur spécifique de l'urine était de 1018, 3. On supprima la scille et la crême de tartre, et on revint à la digitale et aux mercuriaux, en même temps qu'on mit le malade à une diète plus sévère; et comme le pouls était dur et un peu fréquent (84 pulsations par minute) on fit au bras une saignée de douze onces. Le sang présenta une croûte membraneuse, peu épaisse à la vérité; le sérum dont la pesanteur spécifique n'était que de 1019,2, se prit simplement en gelée par la chaleur. Le lendemain, quoique la quantité d'urine ne fût pas augmentée, le gonflement du ventre avait notablement diminué. Le 15, la céphalalgie continuant et le trouble de la vision devenant tous les jours plus grand, on appliqua au front une douzaine de sangsues qui produisirent une diminution marquée du mal de tête. Le 16, on fit une nouvelle saignée de 16 onces au bras. Le sang n'était pas couenneux; le caillot était peu consistant, et le sérum dont la pesanteur spécifique était de 1,020, ne contenait que 68, 3 pour 1,000 de matières solides en dissolution. Avant la saignée, la quantité de l'urine était de 2 livres 4 onces, et sous le rapport de sa composition, elle ne différait pas de ce qu'elle était le 29 septembre; mais après la saignée, quoique sa quantité restât la même, sa pesanteur spécifique augmenta d'une manière remarquable, de même que la proportion d'albumine, comme on en peut juger par l'analyse suivante: avant la saignée, pesanteur spécifique 1,016, 3; matières solides 39, 3 pour 1,000, dont 23, 3 d'urée et d'acétates, 6, 5 d'hydrochlorates, de sulfates et de phosphates alcalins, et 9, 2 d'albumine; après la saignée, densité 1019, 1; matières solides 46, 5, dont 27, 2 d'urée et d'acétates; 8, 4

d'hydrochlorates, de sulfates et de phosphates alcalins et 10, 8 d'albumine. On voit que la quantité d'albumine s'était accrue dans une proportion beaucoup plus forte que celle des autres matières solides. L'œdème, le gonflement de l'abdomen, le mal de tête, la toux et le trouble de la vue avaient sensiblement diminué. Le 19, on reprit l'usage de la digitale; depuis ce moment jusqu'au 26, l'état du malade parut rester stationnaire; mais alors il fut pris de nausées, le trouble de la vue augmenta et le pouls devint très-faible. On cessa la digitale et les préparations mercurielles, et on revint au tartrate acide de potasse. Au bout de quatre jours de ce traitement, la quantité d'urine s'éleva à 5 livres 12 onces; le trouble de l'œil gauche diminua, mais le droit dont la pupille était sensiblement dilatée, resta dans le même état. On porta, le 30, la dose de la crème de tartre à deux gros et demi. Le 2 novembre, le malade rendait chaque jour 5 livres d'urine qui ne se coagulait plus par la chaleur, mais se troublait seulement légèrement. Les symptômes pectoraux ayant empiré, on appliqua un large vésicatoire sur la partie antérieure de la poitrine, et on administra avec avantage une potion opiacée. Le 5, la quantité d'urine était de 5 livres 10 onces, mais ce liquide était redevenu très-coagulable. Le 10, l'état de la poitrine s'était amélioré, l'œdème et l'ascite avaient un peu diminué, et le malade rendit dans la journée 6 livres 4 onces d'urine. Le 11, la chaleur ne la coagulait plus, et ne faisait que la troubler légèrement. Le 17, les symptômes d'hydropisie avaient considérablement diminué; à dater de ce moment, la quantité d'urine diminua graduellement jusqu'à 3 livres 12 onces; on mit le malade à un régime plus nourrissant, et on diminua progressivement la dose du tartrate acide de potasse; le 27 décembre, on en cessa l'usage. Enfin, le 2 janvier 1829, R. Irving sortit de l'hôpital complètement débarrassé de

l'œdème et de l'ascite qui avaient disparu depuis une quinzaine de jours, et ne conservant de son état antérieur qu'une faiblesse de l'œil droit et une dilatation de la pupille.

Le 26 février, sept semaines après sa sortie, il rentra à l'hôpital, dans la salle de clinique du professeur Alison, qui a fourni à M. Christison les détails qui complètent cette observation. Au moment de son admission, il était dans l'état suivant : œdème et gonflement considérable du ventre; vive douleur de tête, confusion des idées, déviation de l'œil du côté droit, trouble de la vue, dilatation et presque immobilité des pupilles, diminution de la motilité des membres, douleur à l'épigastre, augmentant par la toux et la pression, sensibilité dans la région dorsale vis-à-vis la cinquième vertèbre, pouls fréquent et faible, langue nette, évacuations alvines lentes, enfin, urine en quantité modérée, mais se coagulant rapidement par la chaleur. Le docteur Alison combattit ces symptômes par l'administration de fréquens laxatifs, de la digitale en poudre, et par une petite évacuation sanguine. Ce traitement fit cesser presqu'entièrement le mal de tête et la douleur de dos, et, le premier mai, la quantité d'urine parut un peu augmenter; cependant les symptômes d'hydropisie restèrent dans le même état, et quoique parfois le malade semblât jouir de ses facultés intellectuelles, il laissait en général échapper sous lui ses évacuations sans s'en apercevoir. Le 10 mars, il fut pris de mouvemens convulsifs, à la suite desquels la stupeur et la dilatation des pupilles augmentèrent. On appliqua un vésicatoire sur la tête et on tira dix onces de sang, à l'aide de ventouses scarifiées aux tempes. Les convulsions cessèrent; mais il survint par intervalle du délire qui augmenta graduellement et fut suivi de contractions spasmodiques des bras et d'une stupeur plus grande; le pouls devint faible et très lent, les

mouvemens convulsifs revinrent plusieurs fois dans la journée, et le lendemain matin le malade expira.

Examen du cadavre. — *Crâne.* Léger épanchement entre l'arachnoïde et la pie-mère; substance cérébrale d'une consistance non naturelle, parsemée de points rouges lorsqu'on la coupe, et laissant échapper plus de sérosité que dans l'état normal; plusieurs onces de sérosité dans les ventricules latéraux, principalement à gauche; dans le ventricule gauche, en arrière et à la partie externe de la couche optique, tumeur assez considérable, brunâtre, molle, qui déplace la voûte à trois piliers et s'étend dans la corne descendante, laquelle, ainsi que la postérieure, est augmentée de volume; la substance médullaire autour de cette tumeur est désorganisée, ramollie et comme déchirée; commencement d'une semblable tumeur dans le même point du ventricule droit; enfin, corps striés et plexus choroïdes parfaitement sains. — *Abdomen.* Plusieurs livres de sérosité dans le péritoine; le lobe droit du foie adhère fortement au diaphragme, il est sain dans toute son étendue, et ne présente aucune trace d'abcès ancien; nulle adhérence entre les organes et le péritoine dans le point de la cicatrice qui existe à la peau du ventre. Les deux reins sont extraordinairement petits, durs, rugueux, et d'une couleur pâle; leur substance corticale est décolorée et granuleuse; une grande partie de la substance tubuleuse est désorganisée par un dépôt d'une matière d'un jaune grisâtre, et ne conserve presque nulle part sa texture fibreuse. Les autres viscères sont sains. — *Thorax.* Infiltration séreuse considérable des poumons. Le cœur et les gros vaisseaux ne présentent aucune altération.

Obs. II.e — François Magee, tisserand, âgé de 57 ans, était atteint, lors de son entrée à l'infirmerie royale, le 5 août 1828, d'un œdème considérable des jambes et

d'un gonflement accompagné de dureté de l'abdomen. Ces symptômes s'étaient manifestés trois semaines auparavant; il s'y était joint quelques vomissemens, une douleur sourde dans la région épigastrique et le long du rebord des côtes droites, douleur qui augmentait à la pression; une toux fréquente, une expectoration très difficile d'un mucus épais et opaque, et une grande gêne de la respiration. Examiné au moment de son admission, on trouva que la poitrine résonnait bien dans toute son étendue, que les mouvemens respiratoires, et surtout l'expiration, étaient lents et profonds, que l'inspiration n'était pas distincte, et que l'expiration était très-sonore et sifflante. Les mouvemens du cœur n'étaient pas perceptibles à la main appliquée sur la région précordiale; le pouls était faible et ne donnait que 52 pulsations par minute; la langue était sale, l'haleine mauvaise, et le ventre habituellement resserré; enfin, l'urine était en quantité ordinaire, mais d'une couleur jaune-paille extrêmement claire, et déposant, lorsqu'on la chauffait, une certaine quantité de flocons blancs. L'affection de poitrine dont se plaignait le malade existait depuis une huitaine d'années, et s'était déclarée après la cicatrisation d'un ancien ulcère qu'il portait à la jambe. Un an environ avant l'époque de son entrée à l'hôpital, la respiration était devenue difficile au point de l'empêcher de travailler; vers le même temps il éprouva une affection comateuse qui ne dura qu'un jour, et se dissipa par une saignée. Depuis ce moment, l'urine était devenue extrêmement pâle, quoique la quantité ne fût ni diminuée ni augmentée. Deux mois enfin avant le 5 août, il ressentit des douleurs dans la région lombaire, avec de la difficulté à uriner et des vomissemens très-fréquens. Dix gouttes de teinture de digitale trois fois par jour dans une once d'infusion de casse et une pilule mercurielle tous les soirs furent or-

données; on y joignit un léger laxatif. Au bout de trois jours de ce traitement, la quantité de l'urine, dont la pesanteur spécifique était de 1007, 9, s'élevait à 6 livres, 8 onces; l'œdème avait diminué; et les mouvemens du cœur, quoique faibles, étaient réguliers. Le 11 août, sixième jour après son entrée, l'œdème avait disparu, et le gonflement du ventre était à peine sensible; mais la gêne de la respiration était tout aussi grande, et le malade ressentait de la douleur tout autour de la base de la poitrine, et surtout à la région lombaire; la pression sur ce point donnait lieu à une douleur lancinante qui répondait à l'estomac. On cessa la digitale, et on la remplaça par une potion contenant de la scille. A dater de ce moment, la quantité de l'urine diminua graduellement, au point que le 16 elle n'était plus que de deux livres huit onces. La pesanteur spécifique de ce liquide était alors de 1008,4, sa couleur était tout aussi pâle; il fournissait un précipité plus abondant par la chaleur, et ne contenait qu'une très-faible proportion d'urée. Les symptômes d'hydropisie n'avaient pas reparu, mais la gêne de la respiration et la toux étaient augmentées. Le 17, céphalalgie, assoupissement, pupilles contractées, pâleur livide de la face et tremblemens des mains; pouls plein, 60 pulsations par minute; langue brune au centre. Saignée de quatorze onces au bras, qui procura un soulagement marqué. Le sang était couvert d'une couenne inflammatoire très-épaisse. On revint à la digitale, et on laissa la scille. Le 18, les symptômes cérébraux augmentent; le malade est faible et paraît épuisé; il n'a rendu que dix-huit onces d'urine dans les vingt-quatre heures. (*Lavement purgatif; laxatif à l'intérieur; sangsues aux tempes, et ensuite vésicatoire sur la tête.*) La stupeur et le tremblement des extrémités augmentent graduellement; sensibilité très-grande de tout le ventre. Le 19, douze onces

d'urine seulement. Le 20, on en obtient vingt onces à l'aide du cathétérisme. Le 21 au matin, Magee expire. L'urine rendue pendant les trente six dernières heures avait absolument le même aspect que celle rendue antérieurement, seulement sa pesanteur spécifique était un peu plus grande, 1009, 5. Ce liquide contenait 23, 9 pour 1000 de matières solides, dont 14, 7 d'urée et d'acétates, 4, 6 de muriates, de sulfates et de phosphates alcalins, et 3, 5 d'albumine sèche; la quantité des phosphates terreux était inappréciable.

Nécropsie. — Membres légèrement œdémateux; point de lividité de la face; pas d'injection du cuir chevelu. Les sinus de la dure-mère ne contiennent qu'une médiocre quantité de sang; les vaisseaux de l'arachnoïde, de la pie-mère et de toute la masse encéphalique, sont presque vides de sang; le tissu de ces parties est plus blanc que dans l'état ordinaire. Les ventricules latéraux ne contiennent guère qu'un demi-gros de sérosité; on en trouve environ une demi-once à la base du crâne. La substance corticale du cerveau paraît moins épaisse que de coutume. Au milieu de la couche optique gauche, à un demi-pouce derrière la commissure antérieure, existe une cavité qui pourrait contenir un noyau de cerise; cette cavité, traversée par des filamens celluleux et revêtue intérieurement d'une couche mince de substance cérébrale condensée, n'est entourée d'aucun ramollissement ni d'aucune trace d'inflammation. Le péricarde et la base du poumon gauche adhèrent à la plèvre costale par des brides très-anciennes; quatre onces de sérosité dans la cavité de la plèvre de ce côté; la partie postérieure du lobe inférieur du poumon est œdémateuse; les parois du ventricule gauche du cœur sont un peu épaissis; la cavité est diminuée; la crosse de l'aorte paraît un peu dilatée; sa membrane interne, dans toute son étendue, est épais-

sie, dure et ridée, les valvules participent à cette altération. Du côté droit, quelques adhérences anciennes des plèvres costale et pulmonaire; infiltration œdémateuse du tissu pulmonaire; la partie antérieure des deux poumons est grise, crépitante et un peu emphysémateuse; les cellules aériennes sont dilatées; la partie postérieure est tellement infiltrée, qu'il est impossible de s'assurer des changemens de structure qu'elle peut avoir subis. Les rameaux principaux des bronches sont remplis de mucosités; partout le sang est noir et très-liquide. L'estomac et les intestins sont sains; la rate est d'un rouge-brun très-foncé, dure, et formée de petites masses radiées, à peu près comme le minéral qu'on nomme *Wavellite*. Le foie est sain, quoique un peu plus volumineux que dans l'état naturel. Les deux reins sont, au contraire, très-altérés dans leur structure; le droit, plus malade encore que le gauche, est raboteux à l'extérieur, d'une couleur grise-brunâtre, et présente de petits tubercules arrondis, disposés irrégulièrement; l'intérieur est d'une couleur grise-jaunâtre peu foncée. La substance tubuleuse est plus rapprochée de la surface que dans l'état naturel, et comme repoussée au-dehors par une matière grise-jaunâtre présentant des granulations irrégulières, et déposée autour du bassinet; toute la substance corticale est envahie par cette altération, au point d'avoir perdu son apparence fibreuse habituelle; les petits canaux urinifères sont décolorés et séparés les uns des autres par cette même matière jaunâtre; le bassinet est petit; l'uretère perméable dans toute son étendue. Le rein gauche est beaucoup diminué de volume, il est applati et mollasse; la substance corticale présente la même altération que celle du rein droit, seulement sa couleur est plus foncée, il contient quelques tubercules, dont plusieurs sont ramollis; la substance tubuleuse est d'une teinte rouge-brunâtre foncée, elle a complètement perdu

l'apparence fibreuse, et présente quelques cavités remplies de sérosité qui ne sont que des restes des entonnoirs. La graisse qui entoure ces organes est endurcie, et leur membrane propre épaissie et adhérente au tissu cellulaire graisseux.

Analyse du sang. — On recueillit environ une once de sang extrait de la veine cave à la région lombaire, en prenant toutes les précautions possibles pour l'obtenir sans mélange. Ce liquide était noir, liquide, et n'avait presque aucune odeur de putréfaction. On le soumit, dans dans une étuve, à une température d'environ 100° centigrades, et on l'agita rapidement au moment où il commença à se coaguler. On obtint ainsi une masse épaisse, granuleuse et d'un brun-rougeâtre, à laquelle on ajouta un peu d'eau distillée, et après avoir remué le tout, on le jetta sur un filtre. On recueillit un liquide d'un rouge-cerise qui, à la température de 100°, laissa déposer une grande quantité de flocons d'un brun foncé, et prit une teinte jaune de vin. Evaporé dans une étuve un peu au-dessous de 100°, ce liquide laissa échapper une odeur fétide parfaitement semblable à celle de l'haleine du malade pendant la vie. Un moment avant qu'il commençât à acquérir la consistance sirupeuse, on en prit une goutte que l'on traita par l'acide nitrique; elle devint aussitôt opaque et se coagula, mais sans qu'il s'y formât de cristaux. L'extrait sirupeux, traité par l'alcohol, donna une solution d'un jaune clair qu'on évapora dans une petite capsule de verre jusqu'à ce qu'elle commençât à s'épaissir. Cet extrait avait absolument la même fétidité qu'auparavant. L'addition de quelques gouttes d'acide nitrique en fit exhaler une odeur semblable en tout à celle de l'urine traitée de la même manière, et aussitôt il se forma une quantité de petits cristaux d'un rouge grisâtre, écailleux et d'un aspect lustré, assez grande pour solidifier

toute la masse. C'étaient évidemment des cristaux de nitrate d'urée.

Obs. III.e — James Thomson, âgé de 53 ans, colporteur ambulant, adonné à la boisson, entra, le 22 août 1828, à l'infirmerie royale d'Edimbourg, pour s'y faire traiter d'une maladie de poitrine accompagnée de symptômes d'hydropisie. Quatre mois auparavant il avait eu la jaunisse, dont il avait été guéri en six semaines par les purgatifs. Un mois après, il fut pris d'une difficulté de respirer accompagnée d'hydropisie, qui augmenta rapidement jusqu'au moment de son admission. Il présentait alors une gêne très-grande dans la respiration, gêne qui était moindre lorsqu'il était couché horizontalement, une toux fréquente et une expectoration peu abondante et claire. La percussion de la poitrine donnait partout un son clair; le bruit respiratoire s'entendait distinctement dans tous les points. Les pulsations du cœur étaient confuses, sans cependant être perceptibles dans une trop grande étendue; enfin, on remarquait de fortes pulsations dans les veines jugulaires. Les jambes étaient œdématiées au-dessous du genou; l'abdomen était énormément gonflé, tendu, sensible à la pression, et présentant une fluctuation manifeste; surtout à la base de la poitrine. Le gonflement était tel qu'il était impossible de s'assurer s'il existait quelque induration ou quelque tumeur profonde. Le pouls, plein et dur, donnait 96 pulsations par minutes; la langue était blanche, la soif très-vive, enfin la peau d'une chaleur naturelle et infiltrée. La quantité d'urine s'élevait à une livre quatorze onces par jour; ce liquide avait une couleur rouge-brune sale, une faible odeur urineuse, et laissait déposer une grande quantité de mucus vésical au fond du vase; chauffé, il donnait un abondant précipité floconneux, sa pesanteur spécifique était de 1009, 1; il ne contenait que 22, 8 pour 1000 de matières solides en

dissolution, dont 16, 9 d'urée et d'acétates, 3, 3 d'hydrochlorates, de sulfates et de phosphates alcalins, et 1, 5 d'albumine sèche. Une saignée d'une livre, pratiquée immédiatement après l'entrée du malade à l'hôpital, lui procura un très-grand soulagement. Le sang n'était pas couenneux. Le lendemain, on appliqua un vésicatoire sur la poitrine, et on ordonna dix gouttes de teinture de digitale trois fois par jour, à prendre dans de l'infusion de casse, et quelques pilules laxatives, pour combattre une tendance prononcée à la constipation. Le 25, l'urine était moins trouble; le malade en rendait deux livres six onces par jour. Le 27, le pouls était tombé à 64 pulsations; le ventre était moins distendu et la sensibilité bornée à la région épigastrique. La quantité de l'urine n'avait pas augmenté, et les symptômes thoraciques étaient dans le même état. On prescrivit une pilule mercurielle tous les soirs pour favoriser l'action de la digitale. Le 29, on cessa cette dernière à cause des vomissemens qui survinrent; le malade se plaignait de voir des objets extraordinaires devant ses yeux. La pesanteur de l'urine n'avait pas changé; mais elle se coagulait fortement lorsqu'on la soumettait à l'ébullition. Le pouls tomba à 58, et peu-à-peu jusqu'à 45 pulsations par minutes; à cela se joignit une faiblesse extrême et un état continuel de défaillance : on fit prendre un peu de vin de Porto, une portion opiacée et du tartrate acidule de potasse à la dose d'un demi-gros plusieurs fois par jour. La dyspnée augmenta, et la sensibilité dans la région lombaire reparut. Le 2 septembre, après un sommeil calme, le pouls s'éleva à 100 pulsations; la peau était chaude, le visage abattu, et la quantité d'urine, pour les vingt-quatre heures, de huit onces seulement. On supprima le vin et l'opium. Dans la soirée, l'abattement augmente et va jusqu'à la stupeur, le pouls devient lent et faible et les pupilles se contractent. Après

quelques alternatives de mieux et de pire, la faiblesse et l'assoupissement augmentent progressivement, et la mort arrive le 4, sans agonie prolongée.

Les parens du mort ne voulurent pas permettre de procéder à l'examen du cadavre; M. Christison fut obligé de se contenter d'analyser le sang fourni par la saignée. Le sérum, dont la pesanteur spécifique était de 1024, 8, fournit par la chaleur un caillot plus consistant que de coutume. Desséché à l'aide de la vapeur, il donna 81, 2 pour 1000 de matières solides. Le résidu de l'évaporation fut traité à plusieurs reprises par l'ébullition dans l'eau; le liquide ainsi obtenu fut évaporé à son tour jusqu'à siccité, et le résidu traité par l'alcohol bouillant. La solution, filtrée et concentrée par l'évaporation, laissa déposer une foule de cristaux aciculaires, transparens, incolores et très-déliquescens. Dissous dans un peu d'eau distillée et soumis à l'action de l'acide nitrique, ces cristaux laissèrent exhaler une odeur semblable à celle de l'urine traitée de la même manière, et au bout de deux ou trois minutes il se forma d'autres petits cristaux aiguillés et soyeux disposés en petites masses radiées. Une analyse comparative faite avec du sang d'une jeune femme bien portante, fournit les résultats suivans : pesanteur spécifique du sérum, 1030,8; 102,2 pour 1000 de matières solides; la solution alcoholique, obtenue de la même manière que ci-dessus, donna, par l'évaporation, des cristaux grenus, lesquels, dissous dans l'eau et traités par l'acide nitrique, ne fournirent pas de nouveaux cristaux.

Obs. IV.e — Murdoch Campbell, garde de nuit, (*Watchman*) âgé de 27 ans, d'une grande taille et d'une forte constitution, fut admis à l'infirmerie le 30 avril 1828, pour un érysipèle de la jambe droite qui s'était manifesté depuis quelques jours. Plusieurs années auparavant, il

avait été atteint de la même affection qui s'était terminée par un abcès dont on voyait la cicatrice au dessus de la malléole interne; le tibia, au-dessus de ce point, avait acquis un volume très-considérable. Quelques laxatifs et la diète firent promptement disparaître l'érysipèle; mais le 3 mai, une apparence de leucophlegmatie générale attira particulièrement sur ce malade l'attention de M. Christison. En l'examinant avec soin, il reconnut qu'il existait un gonflement comme emphysémateux sur les côtés du cou, une augmentation de volume dans les glandes sous-maxillaires, un peu de distension dans l'abdomen, une gêne légère de la respiration, et enfin un état œdémateux des deux jambes, particulièrement de la droite. L'urine était très-peu abondante; le pouls, plein et fort, offrait 84 pulsations, et le malade se plaignait d'un état de malaise général. On pratiqua de suite une saignée de 24 onces au bras. Le sang ne présentait pas de couenne inflammatoire; l'oppression diminua sensiblement après cette émission sanguine, et le lendemain le pouls était mou et à 60 pulsations seulement. Le soir, le malade n'avait pas uriné et quoiqu'il n'y eût pas de gonflement à l'hypogastre, il se plaignait de coliques et de douleurs, surtout à la pression aux environs de l'ombilic; on observait aussi une somnolence bien marquée. (*Sel d'Epsom; lavement simple.*) Le lendemain il avait rendu 3 livres 12 onces d'urine, et se trouvait beaucoup mieux; cependant l'assoupissement et les douleurs ombilicales continuaient, et de plus on apercevait une légère distension du ventre. (*Un gros d'éther nitrique, trois fois par jour, dans une tasse d'eau*). Le 6, la somnolence est moindre, mais les douleurs ombilicales sont augmentées; seize sangsues sur le point douloureux ne procurent aucun soulagement. Le 8, la quantité d'urine n'était que de 16 à 20 onces; sa couleur était d'un jaune-paille, et elle donne un précipité abondant

par la chaleur. L'œdème ne diminue pas. (*Douze sangsues à la région lombaire; deux gros de tartrate acide de potasse, trois fois par jour, au lieu de l'éther nitrique; enfin, deux pilules de scille, matin et soir; diète légère au thé et au bouillon coupé.*) Le 9, le malade est plus mal; la sensibilité du ventre s'est étendue jusqu'à la base de la poitrine et dans tout l'abdomen excepté dans la région lombaire. La bouffissure et l'œdème général font de rapides progrès; la somnolence paraît aussi plus grande et le malade se plaint d'une vive douleur de tête au dessus des sourcils. Le pouls donne 80 pulsations par minutes; la langue est nette, le ventre un peu paresseux, enfin l'urine plus coagulable encore par la chaleur s'élève à 1 liv. 8 onces, dans les vingt-quatre heures. (*Huile de croton tiglium; pilules de coloquinte; saignée ad deliquium.*) On tire du bras 2 livres 4 onces de sang, sans produire de syncope; le sang se recouvre promptement d'une couenne inflammatoire, épaisse et creusée en godet. La douleur abdominale diminua sensiblement; après cette saignée, le mal de tête disparut, la somnolence devint beaucoup moindre et le pouls tomba à 70 pulsations. Le purgatif opéra largement. L'urine, chargée d'albumine, et d'une pesanteur spécifique de 1016, ne s'élevait qu'à 1 livre 12 onces. Le 11, les douleurs de l'abdomen étaient devenues plus violentes, la somnolence était augmentée, et le pouls dur et plein. On appliqua des ventouses scarifiées sur la région lombaire, qui fournirent 14 onces de sang. La somnolence et les douleurs abdominales diminuèrent sensiblement; la quantité d'urine était de 1 livre 8 onces; elle était plus coagulable encore qu'auparavant. Le 13, on cessa la scille et la crême de tartre, qu'on remplaça par 10 gouttes de laudanum, trois fois par jour. Le 17, la quantité d'urine était de 1 livre 14 onces; on administra de temps en temps des purgatifs

salins, pour combattre une tendance à la constipation. Le gonflement du cou et de l'abdomen avait diminué; celui des jambes restait le même. Le 18, la somnolence reparut; seize onces de sang, tirées àl'aide de ventouses scarifiées appliquées à la région lombaire, la firent cesser. Le 20, la quantité d'urine était portée à 2 livres 4 onces; mais le malade se plaignait de céphalalgie, de vertiges et de nausées, revenant tous les soirs. La douleur de l'abdomen était continuelle, sourde, et circonscrite dans la région épigastrique, où cependant l'examen le plus attentif ne peut faire reconnaître ni gonflement, ni dureté extraordinaires. Le 25, cette douleur était beaucoup plus violente, et s'étendait davantage. Vingt sangsues, appliquées sur l'épigastre, n'amènent aucun soulagement. Le lendemain, douleur augmentée, pouls à 80 pulsations par minute, dur et plein, 1 livre 14 onces d'urine; saignée *ad deliquium*. Le sang, dont 2 livres 8 onces furent ainsi tirées, se recouvrit d'une couenne inflammatoire très-épaisse. La somnolence et la douleur de l'abdomen disparaissent presque complètement; le gonflement du ventre diminue; l'urine, dont la quantité était de 1 livre 14 onces par jour, est beaucoup moins albumineuse, et se trouble à peine par la chaleur. (*Une pilule mercurielle, trois fois par jour.*) Le 29, l'amélioration continue; l'œdème diminue presque partout, et la quantité d'urine s'élève à 3 livres 2 onces. Le 1.er juin, on cesse l'usage des pilules mercurielles, qui ont produit un commencement de salivation. La douleur de l'épigastre existe toujours, mais elle n'est sensible qu'à une forte pression. L'urine, qui ne se trouble plus que très-légèrement par la chaleur, s'élève à 3 livres 12 onces; et le 3, à 4 livres 11 onces. Le 8, la digitale ayant causé des nausées à chaque dose, est supprimée. Le 9, tous les symptômes avaient disparu, et l'urine était revenue à son état naturel, mais conservait encore une teinte

très-pâle. On cesse tous les médicamens. Enfin, après quelques alternatives de mieux et de mal-aise, Campbell paraît complètement rétabli le 30. On le met à un régime nourrissant; et le 28 juillet il sort de l'hôpital, ayant repris de l'embonpoint et des forces. La quantité d'urine seulement est un peu plus considérable que dans l'état naturel, environ 3 livres 2 onces par jour; ce liquide ne se trouble plus du tout par la chaleur, et il a repris toutes ses propriétés habituelles; sa couleur cependant est moins foncée que de coutume.

Obs. V.ᵉ — Marion Clinkscales, âgée de 28 ans, entra à l'infirmerie d'Edimbourg, le 4 mars 1829, et fut confiée aux soins du docteur Gregory, qui a communiqué à M. Christison les détails de cette observation. Cette femme présentait un œdème considérable des membres inférieurs, un gonflement de l'abdomen avec fluctuation, et une sensibilité à la pression dans la région ombilicale. De plus elle éprouvait une gêne dans la respiration, lorsqu'elle était couchée horizontalement ou qu'elle se livrait à quelques mouvemens un peu forts. Le pouls faible, donnait 96 pulsations; la langue était blanche, le ventre libre, l'appétit naturel, et le sommeil troublé vers le matin, par un sentiment de mal-aise dans le ventre; les menstrues n'avaient pas paru depuis six mois, l'urine, peu abondante, était pâle, se troublait par la chaleur, et laissait déposer un précipité floconneux. L'œdème s'était manifesté quatre mois auparavant, deux mois après une couche. La malade attribuait son état à l'imprudence de s'être assise sur une pierre au bord de la mer, pendant quelques heures. Le traitement consista principalement en une saignée de 12 onces; en une demi-once de crême de tartre administrée tous les matins, et en deux pilules par jour, contenant un grain de scille et un demi-grain de digitale. Le lendemain de la saignée, la douleur du ventre et la dys-

pnée avaient disparu; l'œdème des jambes était diminué, la langue belle, et le pouls à 88 pulsations; la quantité d'urine était de 2 livres; le liquide avait presque repris sa couleur naturelle et ne se troublait plus par la chaleur. Le 7, le volume du ventre était un peu moindre, l'urine s'élevait à 4 livres 6 onces. Le 8, il y avait encore un peu de fluctuation dans l'abdomen, mais aucune douleur; l'œdème des jambes était presque complètement dissipé. Le 10 et le 11, la malade rendit environ 6 livres 4 onces d'urine claire, d'une couleur et d'une odeur naturelles. Les deux jours suivans, la quantité ne fut que de 4 livres 6 onces. Enfin, le 20, elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Obs. VI.e (*Communiquée par le docteur Home*). — Jones Johnson, tisserand, âgé de 38 ans, fut pris, vers la fin de décembre 1827, d'un œdème général, après avoir travaillé pendant quelque temps dans un endroit humide. Cet état disparut pendant un certain temps et se manifesta de nouveau vers la fin de janvier 1828. En outre, depuis plusieurs années, il éprouvait de la toux et de la difficulté à respirer. Entré à l'infirmerie d'Edimbourg, le 16 mars 1828, il présenta les symptômes suivans : œdème considérable des extrémités inférieures et du scrotum; gonflement, tension de l'abdomen avec fluctuation et sensibilité à l'épigastre; petite toux sèche; grande difficulté de respirer dans une position horizontale; pouls petit, donnant 96 pulsations par minute; peau sèche; chaleur de la peau, 36°.5 cent.; langue rouge, constipation légère, et urine peu abondante.

De fréquens laxatifs et le tartrate acidule de potasse à doses fractionnées, comme diurétique, constituèrent tout le traitement employé. Jusqu'au 21, l'état du malade resta à-peu-près le même; la quantité d'urine n'excéda jamais 1 livre 8 onces; et on s'assura par des expé-

riences directes que ce liquide se coagulait par la chaleur et par l'addition de l'acide hydrochlorique. Le 30, l'hydropisie avait manifestement augmenté ; des hoquets et des vomissemens fréquens survinrent ; le pouls devint plus fréquent ; les cuisses étaient excoriées dans plusieurs points, et les fesses étaient couvertes d'une rougeur érythémateuse. Les symptômes s'aggravèrent progressivement, et le 4 mai le malade mourut.

Examen du cadavre. — Les intestins étaient considérablement distendus ; leur surface extérieure offrait une blancheur peu naturelle, et une matière purulente était épanchée entre leurs circonvolutions. On trouva dans le foie quelques petites collections de pus, ainsi que dans les environs des reins. La cavité du péritoine contenait environ six livres d'un liquide séro-purulent. Le mésentère et la partie du péritoine qui recouvrait les gros intestins étaient fortement injectés, surtout dans les parties déclives. Le parenchyme du foie était dur et parsemé de tubercules ; cet organe adhérait fortement à tous les viscères environnans, et surtout par sa surface concave, à une tumeur dure et volumineuse qu'un examen subséquent fit reconnaître pour le rein droit profondément altéré dans son organisation. Cet organe était converti en un vaste kyste circonscrit par une enveloppe mince de consistance osseuse, et entrecoupé à l'intérieur par plusieurs cloisons partielles de même nature : ce kyste contenait un liquide séreux trouble dans lequel flottaient une grande quantité de flocons argentés, qui, après avoir été lavés, devinrent d'un beau blanc brillant comme le blanc de baleine. Cette substance soluble dans l'alcohol bouillant, d'où elle se précipitait sous forme de cristaux par le refroidissement, était insoluble dans la potasse, et fusible à un peu plus de 100° centigrades. C'était de la cholestérine pure. L'artère rénale droite était presque

oblitérée. Le rein gauche était aussi plus volumineux que dans l'état naturel, et son tissu intérieur plus mou et plus pâle. Les entonnoirs offraient çà et là des parcelles de cholestérine. L'uretère était plus large que de coutume. Les poumons étaient infiltrés en arrière et emphysémateux en avant. Les parois du cœur étaient épaissies, et les cavités des ventricules diminuées. Le péricarde et les plèvres contenaient un peu de sérosité.

VII.ᵉ *Obs.*—Margaret Toulan, âgée de 35 ans, mariée, fut admise dans les salles de clinique de l'infirmerie d'Édimbourg, confiées au professeur Alison. Elle offrait un œdème considérable des extrémités inférieures et les symptômes d'une ascite assez avancée. Elle éprouvait des maux de tête, des nausées, une douleur sourde et continuelle dans l'hypochondre droit, douleur qui correspondait dans l'estomac, et qui augmentait par la pression et par la toux qui était fréquente et accompagnée d'une expectoration difficile et peu abondante; la respiration était gênée et laborieuse. Le pouls donnait 100 pulsations par minutes; il était petit et irrégulier; la langue sèche; le sommeil interrompu par des rêves effrayans, l'appétit presque nul et l'urine en très-petite quantité. Cet état remontait à un mois, et avait commencé par des frissons, des nausées, des maux de tête et des douleurs dans l'abdomen. La malade rapportait que neuf ans auparavant elle avait éprouvé les mêmes accidens; ce qui provenait, disait-elle, de ce qu'elle s'était exposée au froid et à l'humidité. Cet état dura trois mois; depuis ce moment elle était très-sujette à la toux, à des palpitations violentes et à des évanouissemens sans cause connue. On pratiqua de suite une saignée de huit onces, et on administra une poudre laxative, mais sans produire d'amélioration. Le lendemain on lui fit prendre une pilule de calomel et une autre pilule, trois fois par jour, contenant un

grain de scille et un demi-grain de digitale; enfin on appliqua à l'épigastre douze sangsues qui procurèrent un soulagement marqué. Ces moyens furent continués pendant trois jours sans aucun avantage; l'urine continuait à être très-rare, et les douleurs de l'abdomen n'avaient pas diminué. Le 26, de violens vomissemens survinrent, et on fut obligé de cesser le traitement qu'on remplaça par les pilules scillitiques simples et le calomel uni à l'opium à la dose d'un grain de chaque, trois fois par jour. Le 27 au soir, les douleurs de l'abdomen et les vomissemens étant plus violens, on fit une seconde saignée de huit onces; le sang était inflammatoire et le sérum opalin. Le 28 et le 29 on appliqua de nouveau des sangsues, et on eut recours à l'éther et à l'opium pour arrêter les vomissemens. L'urine examinée avec soin se coagulait par la chaleur et fournissait un précipité abondant d'albumine. Le 4 mars, nouvelle saignée, en raison de l'augmentation de la douleur du ventre. Le 7, à la suite de frissons violens, une vive douleur se manifesta dans la région lombaire droite; la faiblesse et l'épuisement augmentèrent rapidement, et la malade expira dans la soirée du 9.

Examen du cadavre. — Le tissu cellulaire des parois de l'abdomen épaissi et ramolli, présente plusieurs points d'injection; de la sérosité est épanchée dans ses mailles; enfin sa couleur est grisâtre et sa consistance pulpeuse, le péritoine est sain, ainsi que la membrane muqueuse gastro-intestinale; le foie, sain dans son parenchyme, offre à l'extérieur des taches de diverses couleurs. Le rein droit est d'une couleur plus pâle et son tissu est plus dense que dans l'état normal. Le même changement de couleur existe à l'intérieur, et la substance corticale est celle qui paraît le plus altérée. Les mêmes lésions se rencontrent dans le rein gauche. Enfin il existe un peu de sérosité dans les cavités des plèvres et du péricarde.

(*La suite au prochain Numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Recherches expérimentales sur l'absorption et l'exhalation pulmonaires, *par M. Collard de Martigny., M.-D.* — Frappé de la diversité d'opinions existant entre les auteurs qui se sont successivement occupés de l'étude de la respiration, depuis Lavoisier et Séguin jusqu'à M. Despretz, l'auteur a résolu de reprendre ce travail pour s'assurer par lui-même de ce qui se passe dans l'exercice de cette importante fonction. Il examine successivement : 1.° ce que devient l'oxygène absorbé dans la respiration; 2.° quel rôle joue l'azote dans cette fonction.

§. I. L'auteur ne recherche pas par quel mécanisme l'air est absorbé dans le poumon ; il établit que la respiration consomme une certaine partie de l'oxygène introduit dans le poumon, et développe plus ou moins d'acide carbonique. Mais que devient cet oxygène ? se demande-t-il. Il fait voir que le rôle qu'on lui fait jouer, d'après la théorie la plus généralement admise et ses diverses modifications, est complètement inadmissible, et il arrive à dire que l'oxygène est absorbé dans le poumon et qu'il agit sur le sang dans cet organe même, comme le prouvent les changemens instantanés qu'y éprouve ce liquide, qui en sort avec tous les caractères de sang artériel; si ce changement provient de son oxygénation, c'est donc dans le poumon qu'elle s'est effectuée.

Mais en même temps qu'il y a absorption d'oxygène, il y a production d'acide carbonique; cet acide provient-il de l'oxygène consommé? L'auteur rappelle d'abord qu'il n'y a pas rapport exact entre la quantité d'oxygène absorbé et d'acide carbonique produit, et il en conclut que l'exhalation d'acide carbonique est indépendante de l'absorption d'oxygène, et que cet acide est apporté par le sang veineux au poumon, où il se décharge en partie. C'est ce qui résulte des expériences de MM. Nysten et Coutanceau, et surtout du travail de M. Edwards, dont M. Collard de Martigny a répété quelques-unes des expériences, en les modifiant toutefois légèrement, et d'une manière qui nous semble bien peu importante. M. Edwards avait fait respirer des grenouilles (et non pas une grenouille), des poissons rouges, des limaçons, et un chat de deux jours, dans de l'hydrogène pur, en prenant toutes les précautions nécessaires pour n'être pas

induit en erreur par l'air contenu dans le corps de ces animaux, et il les a vu exhaler des quantités d'acide carbonique telles, quoiqu'il n'y eût pas, dans l'atmosphère où ils étaient plongés, une quantité appréciable d'oxygène, qu'elles dépassaient toutes les limites d'erreur. M. de Martigny a substitué l'azote à l'hydrogène, et n'a opéré que sur des grenouilles; il est arrivé aux mêmes résultats, c'est-à-dire à une production très-notable d'azote. Voici quelles sont ses conclusions :

« La première fraction d'air analysée (l'auteur a changé plusieurs fois le gaz au milieu duquel respirait l'animal, et en a examiné chaque portion) donne constamment un peu plus d'acide carbonique que les autres.

« Les deux ou trois suivantes en produisent des quantités à-peu-près égales.

« La dernière, et quelquefois l'avant-dernière, en contiennent moins; ce qui s'explique facilement par la stupeur de l'animal et la faiblesse des inspirations.

« Enfin, les fractions réunies d'acide carbonique forment un total moindre que ne l'a trouvé M. Edwards. »

Ces conséquences s'accordent parfaitement avec les recherches des observateurs cités ci-dessus, et il en résulte que l'exhalation d'acide carbonique persiste long-temps après que l'inspiration d'oxygène a cessé d'avoir lieu.

Pour savoir si l'oxygène absorbé dans les poumons circule avec le sang artériel, comme l'ont cru quelques physiologistes en s'appuyant sur une expérience de Girtanner, qui assure avoir trouvé de l'oxygène dans le sang artériel, l'auteur a fait les expériences suivantes :

« Je remplis de mercure, dit-il, un tube de 35 à 36 pouces de hauteur, fermé par un bout, ouvert et légèrement recourbé à l'autre; j'y opérai le vide barométrique. A la partie ouverte du tube, je fis aboutir l'artère crurale d'un petit chien que j'avais préalablement disséquée et coupée; je tenais l'artère fermée avec une pince, et retirant un peu cette pince, sans abandonner cependant l'artère, je chassai avec le doigt le sang, qui monta au-dessus du mercure; il y en avait près d'un pouce. Je laissai l'appareil pendant une heure et demie; alors le mercure était considérablement descendu dans le tube; j'introduisis le bout ouvert et recourbé de ce tube dans une éprouvette remplie de mercure; il y passa un peu de sang : le gaz fut entièrement absorbé par la potasse; sa petite quantité me frappa, d'après le vide très-grand produit dans le tube, et qui, par conséquent, provenait en grande partie de la vaporisation du sérum. Cette expérience est simple et concluante. J'ai eu occasion de la répéter plusieurs fois dans un autre but. »

Ainsi, l'oxygène s'identifie au sang dans le poumon, et il ne circule pas en nature avec ce liquide. On ne peut donc aucunement prétendre que l'acide carbonique fourni dans les expériences faites sur l'azote indiquées ci-dessus, soit le produit d'inspirations précédentes d'oxygène. Donc, l'exhalation d'acide carbonique est un fait indépendant de l'absorption d'oxygène. L'auteur pense qu'il doit en être du poumon comme du tube intestinal, à la surface duquel s'opèrent à-la-fois diverses absorptions et exhalations. L'auteur adopte l'opinion de M. Edwards, que l'acide carbonique provient en grande partie du sang, source de toutes les sécrétions. Il cite, à l'appui de cette manière de voir, les expériences de Vauquelin, de Brandes et de sir Everard Home, qui prouvent que le sang charrie de l'acide carbonique; mais, suivant lui, cette preuve n'est pas complète, et il fallait, pour lui donner toute l'évidence nécessaire, rechercher si la quantité d'acide carbonique contenue dans le sang diminue par l'expiration, et si elle augmente au contraire lorsqu'on met obstacle à l'exhalation de ce gaz. D'abord il compare, à l'aide du tube barométrique dont nous avons parlé plus haut, la quantité d'acide carbonique dans le sang veineux et dans le sang artériel. Le sang provenait de la veine et de l'artère crurales de lapins. Quatre expériences, faites à une température d'environ 10°, lui ont fourni pour résultat que la quantité d'acide carbonique contenu dans le sang veineux est à celle du sang artériel dans la proportion de 4 à 2. « Or, d'où proviendrait cette différence, se demandait l'auteur, sinon de ce que le sang veineux, lors de son passage dans le poumon, a abandonné une partie de son gaz; mais en admettant cette explication, il doit arriver que, si l'on s'oppose à l'expiration de l'acide carbonique par le poumon, le sang artériel en contient davantage. C'est ce que démontre l'expérience suivante. » Après avoir ouvert, un peu au-dessous du larynx, la trachée-artère d'un lapin de moyenne taille, et aspiré autant que possible avec un tube l'air renfermé dans le poumon, M. Collard lia la trachée-artère; au bout d'une minute et demie, il examina le sang veineux et artériel avec l'appareil décrit ci-dessus, et se convainquit que la quantité d'acide carbonique de l'un et de l'autre était, à peu de chose près, la même. Deux autres expériences semblables lui offrirent le même résultat. De tous ces faits on peut conclure :

1.° Que l'oxygène respiré se combine au sang dans le poumon même;

2.° Qu'il n'y a pas un rapport exact entre l'oxygène absorbé et l'acide carbonique exhalé;

3.° Que l'exhalation de l'acide carbonique persiste long-temps après que l'absorption d'oxygène a cessé d'avoir lieu;

4.° Que le sang veineux contient de l'acide carbonique en nature; et que le sang artériel en contient à-peu-près moitié moins;

5.° Qu'en traversant le poumon il en perd une partie;

6.° Que si l'on met obstacle à l'expiration, cette perte n'a plus lieu, mais que sa quantité n'augmente pas sensiblement, tandis que dans le sang artériel elle est presque doublée.

D'après ces résultats, l'auteur combat victorieusement la théorie chimique de la respiration, et arrive à cette conclusion générale : « que l'absorption de l'oxygène par le poumon constitue une partie de la nutrition générale, et que l'exhalation d'acide carbonique est tout simplement l'excrétion d'un gaz sécrété par le poumon. »

M. Collard réfute ensuite l'opinion généralement abandonnée, qu'une portion de l'oxygène absorbé se combine avec l'hydrogène du sang veineux pour former de l'eau, opinion qu'a dernièrement encore soutenue M. Despretz, qui a cherché à l'appuyer sur des expériences nombreuses, mais qui ne sont nullement satisfaisantes, quoique très-ingénieuses et très-rigoureuses sous le rapport physique.

Il démontre que si de l'hydrogène et de l'azote sont en présence dans le poumon, sous une influence capable de déterminer l'oxydation de l'hydrogène, une partie de ce gaz passera aussi à l'état d'ammoniaque, en se combinant à l'azote atmosphérique; que tout ce qu'il est possible d'alléguer en faveur de la formation d'eau, s'applique également à celle de l'alcali volatil; contact des gaz élémentaires, état naissant de l'un d'eux, température, électricité, analogie tirée de la chimie inorganique et des décompositions végétales ou animales. Or, il résulte d'expériences nombreuses tentées à ce sujet qu'il n'existe aucune trace d'ammoniaque dans la matière de la perspiration pulmonaire. On ne peut donc attribuer à l'oxydation de l'hydrogène la production de ce fluide. D'ailleurs, que la respiration ait lieu dans l'azote ou dans l'air atmosphérique, la quantité de halitus expiré est à peu-près la même, toutes autres circonstances restant semblables; et cette quantité varie selon la masse d'air inspiré, le nombre des respirations, la durée de l'expérience, la température de l'air inspiré; c'est ce que démontrent des expériences faites par divers physiologistes, et en dernier lieu par M. Collard. Cet expérimentateur fait observer que les circonstances de l'expiration pulmonaire se rapprochent beaucoup des règles de l'évaporation; dans l'une et l'autre, l'élévation de température fait varier la quantité du produit; dans toutes deux on remarque l'influence de la capacité livrée à l'expansion du fluide; car d'une part, le poumon est d'autant plus dilaté qu'il absorbe plus de gaz, et, de l'autre, la multiplicité des inspirations augmente la somme totale des espaces successivement livrés à l'évaporation du halitus par le jeu des poumons. Or, l'on voit l'exha-

lation de ce fluide devenir plus considérable par l'inspiration d'une plus grande masse de gaz ou par un surcroit d'activité respiratoire dans le même temps. M. Collard conclut, en conséquence, que le halitus est déposé à la surface du poumon par l'exhalation; qu'il s'évapore dans l'espace que produit la dilatation de cet organe, d'après les règles générales de l'évaporation physique.

§ II. Pour tâcher de découvrir le rôle que joue l'azote dans la respiration, M. Collard a fait des expériences analogues à celles de M. Despretz, mais disposées de manière à n'opérer que sur le poumon, c'est-à dire à isoler l'exhalation et l'absorption d'azote à la peau, dans le tube digestif, de celles qui peuvent avoir lieu dans le poumon. Ces expériences lui ont donné un résultat entièrement conforme aux recherches de Jurine, Berthollet, Nysten et Despretz, en ce qui concerne l'exhalation constante d'azote : la quantité d'azote exhalé est très-variable, et semble en rapport avec la proportion d'acide carbonique; d'ailleurs elle est constamment assez peu considérable et moindre que ne l'indique M. Despretz, sans doute parce qu'elle est isolée de l'azote provenant, soit de l'exhalation cutanée, soit de celle du tube intestinal. Cette exhalation, de même que celle d'acide carbonique, est plus considérable après le repas, ce qui concorde avec l'observation déjà faite par Spallanzani sur les colimaçons; ce phénomène est tout-à-fait en harmonie avec ce qui arrive aux autres surfaces du corps où l'on voit s'exhaler de l'acide carbonique et de l'azote, et cette exhalation augmenter pendant le travail de la digestion. Cette analogie porterait à penser que l'azote est absorbé dans le poumon, de même qu'à l'intérieur des intestins et à la peau, ce qui diminue d'autant le produit appréciable de l'exhalation. Du reste, M. Collard admet ce phénomène, en avouant ne pouvoir en démontrer la réalité par l'expérience. Ce physiologiste, se basant sur cette observation que les organes ont deux sortes de propriétés : celles qui leur sont spéciales, en vertu de leur organisation particulière, et celles répandues dans l'organisme entier, pense qu'il en doit être ainsi des poumons. Or, dit-il, nous savons que la faculté d'absorber indistinctement les gaz existe dans toutes les membranes. Ainsi le tissu du poumon doit aussi la posséder : cela est inhérent à sa nature de tissu poreux, vasculaire, assimilateur. On peut donc considérer dans le poumon *deux absorptions ;* l'une d'oxygène seulement, l'autre d'azote et d'oxygène, dans les proportions atmosphériques, et *deux exhalations* d'azote et d'acide carbonique, distinctes bien que confondues.

Voici les conclusions générales que donne de son travail M. Collard, et dont plusieurs, n'étant pas des conséquences rigoureuses des faits, pourront être contestées.

1.° Il y a à la fois, dans le poumon, *absorption* d'oxygène et *excré-*

tion d'acide carbonique, d'azote et de sérosité; *imbibition* d'oxygène et d'azote, et *exhalation* d'azote et d'acide carbonique.

2.° Les deux premiers de ces actes constituent la fonction de la *respiration;* les deux autres sont communs à toutes les surfaces organiques.

3.° L'oxygène absorbé dans le poumon s'y combine aussitôt avec le sang et ne circule pas en nature.

4.° L'acide carbonique expiré est un produit de la *décomposition assimilatrice*, *sécrété* dans les capillaires, et *excrété* par le poumon.

5.° L'azote expiré paraît être une *sécrétion* du sang lui-même, effectuée instantanément dans le poumon.

6.° La sérosité perspiratoire est déposée à la surface du poumon, par *l'exhalation organique*, et dissipée par *l'évaporation.*

7.° La théorie chimique de Lavoisier, sur la respiration, n'est qu'une hypothèse gratuite.

8.° Cette fonction doit être considérée comme une série complexe d'actes de l'assimilation générale. (*Journ. complém. des Sciences méd.* N.os de mai et d'août 1830).

Vice de conformation des organes génitaux; *obs. communiquée par M. Th.le Juillet, docteur-médecin, à Niort.* — « Au mois d'avril dernier, appelé comme médecin au conseil de révision de Niort, j'ai eu l'occasion de rencontrer un cas assez curieux d'anomalie des parties externes de la génération, dont je vais tracer l'historique.

Prunier Joseph, âgé de 20 ans, un peu mélancolique, voix mâle, taille moyenne, constitution athlétique, tempérament sanguin, cheveux bruns, menton couvert de barbe, cultivateur, faisant partie de la classe 1829, demeurant à Faye sur Ardin, département des Deux-Sèvres. Pubis très-saillant, les poils qui l'ombragent longs et peu frisés, comme on l'observe chez la femme : deux replis de la peau du scrotum et des parties latérales du pubis, longs de trois pouces environ, parallèles à l'axe du tronc, représentant assez exactement les grandes lèvres : entre ces sortes de nymphes existait une excavation longitudinale qui s'étendait depuis la symphise du pubis jusqu'à la partie inférieure du scrotum. Au milieu de cette excavation, qui avait beaucoup de similitude avec la vulve, on appercevait la verge longue d'un pouce et demi, représentant une espèce de tubercule, un gros clitoris. Cette verge était également frappée d'un vice de conformation qu'il faut noter : que l'on suppose, par la pensée, que la lame d'un instrument tranchant placée horisontalement, divise longitudinalement l'urètre, depuis le col de la vessie jusqu'au gland; que l'on admette ensuite que tout le corps caverneux, la peau qui l'enveloppe, les vaisseaux et les nerfs qui s'y distribuent et la moitié supérieure de l'urètre soient enlevés, vous aurez l'idée d'une surface plane, assez étroite,

formée au dépens de la partie supérieure de la moitié inférieure de l'urètre. Le gland était entier, mais on n'y voyait, à son extrémité libre, aucune trace de l'orifice du méat urinaire. Cette moitié de l'urètre, qui formait tout le pénis, était, à sa face inférieure, recouverte de la peau qui se terminait, au-dessous du gland, par le frein. Sa face supérieure était tapissée par une membrane muqueuse, ainsi que les bords internes des grandes lèvres et toute l'étendue de l'excavation *vaginale* dont j'ai parlé.

En écartant légèrement ces deux longs replis de la peau, on découvrait une cavité profonde de deux pouces et demi, bornée latéralement par les nymphes, en haut par l'arcade pubienne, et en bas par la face supérieure de la moitié inférieure de l'urètre. Au-dessous de cette portion de verge, l'excavation était fort légère, et les replis de la pean devenaient d'autant moins prononcés qu'ils se rapprochaient plus de la partie inférieure du scrotum. Là, les replis de la peau ne se terminaient pas par une commissure; tandis qu'à la symphise du pubis, ces lèvres étaient réunies. Dans la vaste caverne comprise entre l'arcade pubienne et le plan supérieur de cette portion de verge, on pouvait introduire le doigt indicateur jusqu'auprès du col de la vessie. On observait çà et là, sur toute l'étendue de la membrane muqueuse qui tapissait ce canal, de petites rides transversales comme dans le vagin. En outre, on y remarquait des excoriations très-rouges; aussi, l'intromission du doigt y était-elle fort douloureuse.

De ce vice de conformation de l'appareil génito-urinaire, il devait résulter une infirmité bien dégoûtante; je veux parler d'une incontinence d'urine portée au plus haut degré. En effet, dans la veille comme dans le sommeil, sans cesse, l'urine s'écoulait goutte par goutte. Malgré tous les soins de propreté que prenait ce jeune homme, il s'exhalait de ses organes sexuels une odeur urineuse repoussante. Les linges dont il se garnit, sa chemise, ses pantalons, sont toujours imprégnés d'urine. La peau du scrotum, celle de la face interne des cuisses sont d'un rouge erysipélateux. Il s'est déposé une matière concrète, urineuse, blanche et épaisse, dans le vaste canal urinaire, ainsi qu'au milieu des poils qui recouvrent le pubis et les bourses. Ces dernières contenaient deux testicules de très-petit volume, tendant à l'atrophie.

Aux différentes questions que j'ai adressées à ce jeune homme, il m'a répondu qu'il ne se rappelait être jamais entré en érection; qu'il avait toujours été fort indifférent à l'approche des personnes de l'un et de l'autre sexe, et qu'en conséquence il ne s'était pas apperçu qu'il ait seulement eu une excrétion spermatique.

Pathologie.

Hydropisie du foie; *obs. par le docteur Hesse.* — Une couturière, âgée de 42 ans, non mariée, et qui avait toujours joui d'une bonne santé, fit, il y a quelques années, une chute dans laquelle la région du foie porta sur un bois pointu. Immédiatement après cet accident la malade employa différens remèdes, entre autres des onguens avec lesquels elle se frottait le bas-ventre qui augmentait de volume; à la fin se croyant hydropique, elle prit pendant quelques mois des infusions diurétiques. Le ventre grossissant toujours et la poitrine commençant à s'affecter, la malade s'adressa à un médecin qui considéra la maladie comme une ascite consécutive à une hépatite négligée. Les remèdes qu'il prescrivit en conséquence ne produisirent aucun amendement; il eut recours alors à la paracentèse; il enfonça d'abord le troicart à l'endroit d'élection du côté gauche, puis un pouce plus haut, sans obtenir un écoulement de sérosité. Enfin on appela en consultation le docteur Hesse. En examinant la malade celui-ci trouva le bas-ventre énormément tuméfié et s'avançant en forme de cône jusqu'à l'ombilic qui était surmonté par une tumeur du volume d'une tête d'enfant. L'anneau ombilical était libre et dilaté; le contour de la tumeur était léger, mobile, et paraissait être en communication avec la cavité de l'abdomen. L'orthopnée était extrême; la malade demandait à chaque instant à aller à la selle sans jamais avoir d'évacuation. Il n'y avait d'œdème nulle part; toutes les parties, à l'exception du bas-ventre, étaient comme momifiées. On sentait à peine le pouls. La malade était toujours de bonne humeur et disposée à la gaîté. M. Hesse fit immédiatement la ponction de l'anneau ombilical, et donna issue par là à vingt-sept livres d'un liquide inodore, mucilagineux, légèrement trouble. Des parties fibrineuses fortement adhérentes dans l'intérieur de la cavité abdominale, s'engagèrent dans la canule et mirent fin à l'écoulement de sérosité. Une sonde introduite dans la canule fut portée à neuf pouces de profondeur sans toucher la paroi de la cavité. Pendant huit jours, près de cinq livres de sérosité s'écoulèrent journellement par l'ouverture, ce qui parut soulager la malade, qui, sous l'influence d'un traitement analeptique, se rétablit tellement dans l'espace de quelques semaines, qu'elle put de nouveau vaquer à ses occupations. L'abdomen cependant resta tuméfié, dur, et la digestion difficile. Au bout d'une année, la malade fut de nouveau obligée de garder le lit, et mourut quelques mois après, sans que durant cette derniere période on ait pu sentir de fluctuation dans le bas-ventre. — *Ouverture du cadavre.* A droite, le diaphragme est refoulé

jusqu'à la seconde côte, à gauche jusqu'à la quatrième. Les poumons et le cœur très-petits. Aucune trace d'épiploon ni de glandes mésentériques. Pancréas détruit (?) L'estomac, les intestins, la rate, les reins, l'utérus, la vessie extrêmement petits. Le foie, libre sur toute sa face antérieure, remplissait à lui seul le reste de cette énorme cavité abdominale; la sérosité évacuée paraissait avoir été contenue dans le foie seul; celui-ci était plus foncé qu'à l'ordinaire; son lobe de gauche tellement tuméfié, qu'il s'étendait jusqu'à la quatrième côte gauche; son parenchyme raréfié et ses vaisseaux dilatés. Le lobe Spigel ne présentait aucune altération; la vésicule biliaire avait disparu, et à sa place se trouvaient des brides celluleuses, de petits ulcères, et quelques calculs biliaires gros comme des noix et entourés chacun d'une espèce de membrane. Le conduit biliaire était obstrué (la malade n'avait jamais été ictérique; sa peau avait plutôt une couleur cendrée). La face inférieure du foie était couverte d'excroissances celluleuses et d'ulcères superficiels; la face convexe supérieure adhérait intimement au diaphragme. Le lobe droit extrêmement volumineux présentait de la fluctuation; une incision donna issue à douze livres de sérosité d'abord aqueuse, puis trouble et floconneuse, suivie à la fin d'une espèce de sanie sans odeur et qui recouvrait tout l'intérieur de la cavité creusée dans le lobe droit; les parois de cette cavité, et par conséquent la substance du lobe droit du foie, n'avaient qu'un demi-pouce d'épaisseur. Il paraît que lors de l'évacuation de la sérosité par l'incision de l'anneau ombilical, la veine ombilicale était redevenue perméable, et que c'est par elle que la cavité du foie communiquait avec l'anneau ombilical, car il n'y avait dans ce cas aucune autre adhérence entre la partie antérieure du foie et le péritoine. Il est digne de remarque aussi que malgré cette grave lésion du foie, la malade avait toujours conservé sa bonne humeur. — Il est probable, quoique l'auteur de l'observation ne le dise pas, que cette hydropisie du foie tenait à un développement d'hydatides dans cet organe. (*Horn's Archiv.*, etc., sept. et octobre 1829.)

Prolapsus congénial de l'intestin grêle par l'ombilic. — Un enfant, né à terme, dans les environs de Putbus, et bien conformé, présenta, à gauche de l'insertion du cordon ombilical, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, formée par l'intestin grêle, que l'on appercevait au travers de la membrane péritonéale dont il était seulement revêtu, car la paroi abdominale manquait dans ce point. Le prolapsus offrait, au milieu de sa surface, une excroissance charnue du volume d'une noisette, implantée sur l'intestin même, et percée à son centre d'une ouverture qui pénétrait jusques dans la cavité du canal intestinal et formait ainsi un second anus. La défécation avait

lieu à la fois et par cet anus anormal, et par l'anus ordinaire. L'enfant, après avoir vécu environ vingt jours, succomba par suite de la gangrène, dont le prolapsus fut atteint à cette époque. (*Siebold's Journ. fuer Geburtshuelfe*, tom. VIII, p. 849.)

Abcès du rein ouvert dans le rectum. — *Obs. par M. Bonnet.* — Une jeune femme est entrée, le 16 décembre 1829, à l'hôpital Saint-Antoine; assez faiblement constituée, elle a cependant toujours joui d'une bonne santé. Il y a cinq mois, elle s'aperçut qu'elle portait une tumeur dans le flanc gauche, accompagnée de douleur. L'appétit s'est perdu, les règles se sont supprimées à cette époque, et ont été remplacées par des flueurs blanches. Il fut un temps où les urines étaient blanches, décolorées, et même plusieurs fois elles avaient été purulentes. On lui avait appliqué, à plusieurs reprises, des sangsues. Au 1.er janvier, la malade est maigre, pâle, a peu d'appétit, mais digère bien ce qu'elle prend; les urines sont actuellement naturelles; le pouls est fréquent, petit, misérable; la poitrine sonore et expansible. Dans le ventre, elle éprouve d'une manière continue des douleurs qui redoublent par instans; pongitives, ressemblant à des piqûres d'aiguilles, plus fortes, plus fréquentes le soir et la nuit que le jour et le matin, elles ont leur siége dans une tumeur qui s'étend depuis les fausses côtes jusqu'au pubis, dans tout le côté jusqu'à la ligne blanche en bas, dont elle s'éloigne en haut: elle est facile à circonscrire par la percussion. Partout où elle siége il y a matité très-grande; sa surface, dure, résistante au toucher, est un peu bosselée, inégale; elle repousse le diaphragme en haut vers la poitrine, car la sonoréité qui existe naturellement dans ce point est remplacée par de la matité; on ne peut toucher ni le rein, ni la rate de ce côté. La malade repose peu, l'appétit est irrégulier. (*Gom., catapl. émol., un grain d'extr. gom. d'op.*) Le 9, les douleurs et l'insomnie ont nécessité l'usage des opiacés, et depuis le 5 janvier on lui fait faire, chaque jour, des frictions sur la tumeur avec un gros de pommade d'hydriodate de potasse; elle se trouve mieux, dort la nuit, toujours inclinée sur le côté gauche, à cause du poids de la tumeur qui l'empêche de prendre toute autre position; l'appétit augmente. (*Même prescription, le quart d'alimens.*) Jusques là le diagnostic était assez peu sûr; on ne savait trop si on avait affaire à un abcès ou à un kyste, ou, enfin, à une tumeur cancéreuse. Les antécédens faisaient croire à la première maladie développée dans le rein. Dans la nuit du 9 au 10, la malade fut prise d'une diarrhée très-abondante qui la soulagea beaucoup. L'infirmière de veille dit que les matières rendues étaient de différentes couleurs, filantes, d'une odeur insupportable et ressemblant à la matière d'un abcès, nullement à celle des matières fécales. En examinant la tu-

meur, on s'aperçut qu'elle avait perdu de son volume; elle n'était plus dure, bosselée sous la paroi du ventre; le toucher y faisait bien encore sentir un reste d'engorgement, mais moins sensible, et partout la sonoréité avait remplacé la matité la plus complète. Depuis elle repose aussi bien sur le côté droit que sur le côté gauche; le pouls est petit, à 110 pulsations, la respiration plus facile. Les jours suivans, la diarrhée a continué; les urines ont toujours été comme dans l'état naturel; la peau est devenue sèche, chaude, la face pâle, le pouls plus rapide encore et plus petit; la nuit, il y avait parfois du délire; cependant le ventre n'était pas sensible; anorexie, amaigrissement rapide, et mort le 25.

Nécropsie. — En ouvrant la moitié abdominale, on vit une tumeur qui occupait tout le flanc gauche jusqu'à la ligne blanche, dont elle s'éloignait en haut, et qu'elle touchait en bas de manière à offrir une position oblique; elle adhérait, par des liens celluleux anciens, difficiles à détruire, au diaphragme, qu'elle soulevait un peu, à la paroi postérieure et latérale gauche de l'abdomen, ayant, à droite, la rate et le grand cul-de-sac de l'estomac, qu'elle touchait seulement; le colon descendant, soulevé, passait sur son milieu sans lui adhérer, et dans le petit bassin, l'S iliaque faisait un coude en haut qui touchait la partie inférieure de la tumeur. Là il y avait une portion du mésentère qui adhérait aussi, de sorte qu'en le touchant on détruisit une adhérence qui existait entre ces trois parties, et il s'est écoulé dans le petit bassin un peu de matière sanieuse peu odorante. Le mésentère était d'un noir sale dans sa portion adhérente, qui recouvrait une ulcération de la largeur d'un sou, existant au coude que formait le gros intestin, et complètement fermée en haut par sa continuation avec une sorte de canal qui passait sous la tumeur, et allait se rendre dans son intérieur; ce canal avait un pouce de long à-peu-près. Ce n'était pas dans sa partie la plus déclive, au point où elle lui adhérait par le coude qu'il formait, que la tumeur venait s'ouvrir dans l'intestin, mais bien au moyen du canal dont il vient d'être parlé. Depuis la large ulcération de l'intestin jusqu'à l'anus, on voyait çà et là des plaques rouges non ulcérées, où la muqueuse était un peu épaissie. Le rein, formant une coque dure et sonore, était divisé, à l'intérieur, en quatre cavités principales qui communiquaient deux à deux, et venaient se vider par un canal unique; il y avait peu de liquide sanieux dans leur intérieur. Quelques cavités étaient lisses, d'autres tapissées par une membrane grisâtre, sale, grumeleuse, qu'on ne pouvait détruire. Le tissu du rein était noirâtre, dur, ne présentant aucune trace de fibres ni d'organisation, et résistant au scalpel. On ne put retrouver l'uretère de ce côté, même vers la vessie, qui était saine, ainsi que tous les autres organes. (*Journ. Hebdom.*, T. VII, p. 397.)

Hypertrophie de la prostate, rupture de la vessie. — *Obs. par M. Tanchou.* — Un homme de 70 ans est pris tout à-coup, et pour la première fois, d'une rétention d'urine. Pendant trente-six heures, malgré l'auxiliaire des bains et d'une saignée, on ne peut parvenir à le sonder. Ce n'est qu'après avoir placé une bougie conique qu'on parvient enfin à évacuer un peu d'urine trouble et chargée de caillots de sang. Le doigt introduit dans le rectum fait sentir une tumeur, on juge qu'elle siége dans la prostate, et apporte l'obstacle au cathétérisme. Pendant les trente-six heures qui suivent, on craint qu'il ne se soit fait une rupture de la vessie, car une péritonite éclate et fait périr le malade en quatre jours.

Nécropsie. — Péritonite très-ancienne, à en juger par les fausses membranes, épaisses d'un pouce, qui existaient dans l'abdomen. Çà et là on rencontrait des dépôts purulens dans ces fausses membranes. Une cloison, formée par l'épiploon dégénéré, séparait la vessie du reste du ventre, qui était sain; la vessie, petite, revenue sur elle-même, contenait plusieurs caillots de sang; l'urètre, sain dans ses deux tiers antérieurs, était rouge et légèrement enflammé dans son tiers postérieur. La prostate était très-volumineuse; ses lobes, durs, rénitens, gros chacun comme un œuf, étaient plutôt hypertrophiés que carcinomateux. A l'entrée du col de la vessie, en arrière, étaient deux petits polypes, dont l'un avait été déchiré par la sonde; en bas et à gauche, était un trou de trois à quatre lignes de diamètre, à bords minces, qui communiquait avec deux ou trois clapiers gangréneux, formés par l'urine épanchée dans l'épaisseur de la fausse membrane. (*Journal des Progrès*, 2.e série, T. II, p. 255.)

Thérapeutique.

Fistule du crane. — Opération du trépan. — Guérison. — Un jeune homme de 16 à 17 ans présentait, au centre du pariétal gauche, un orifice fistuleux, qui donnait le plus ordinairement passage à une matière sanieuse; mais de temps à autre cette ouverture s'oblitérait, et alors le jeune homme tombait dans un état de somnolence dont on ne pouvait le retirer; quand au contraire la fistule se débouchait, la santé avec les facultés intellectuelles revenait complètement. Ce garçon était orphelin, et la personne qui l'avait recueilli ne put donner de renseignement sur l'origine de cette affection; on savait seulement que le malade avait fait une chute sur la tête. M. Roux, s'étant assuré que la suppuration avait sa source dans le crâne, ne vit de moyen de guérison radicale que dans la trépanation des os, dont l'ouverture trop étroite donnait lieu à la rétention du pus. L'opération fut résolue et exécutée; après l'enlèvement du disque osseux, l'opérateur trouva la dure-mère perforée au niveau de la fistule de

l'os, mais l'ouverture membraneuse était un peu plus grande que l'ouverture osseuse. Une incision fut pratiquée sur la méninge pour mettre le foyer à découvert, et aussitôt du pus sortit en notable quantité. Lorsque le foyer fut vidé, le cerveau parut affaissé dans ce point; mais quelques jours après, le pus s'écoulant toujours librement, la substance cérébrale s'éleva et remplit exactement l'espace vide, par l'ouverture du trépan. Peu-à-peu, la suppuration fut tarie, et le malade recouvra pour toujours ses facultés mentales. (*Journ. hebdom.* VII, 583.)

Plaie de tête. — Opération du trépan. — Mort. — Vaste abcès dans la substance cérébrale. — Au N.° 26 de la salle Sainte-Catherine (Charité), était placée depuis le 24 avril 1830, une femme de 38 ans, portant, à la partie supérieure de la région temporale, une petite plaie, entretenue par un léger écoulement purulent. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette malade, dans un état d'hébétude profonde, était incapable de rien expliquer et de ne rien entendre; on apprit qu'elle avait fait une chute sur le côté droit de la tête, et on trouva, vers l'angle antérieur et inférieur du pariétal, un empâtement qui dénotait la présence d'une matière purulente dans la profondeur des tissus. Une incision fut pratiquée jusqu'à l'os, dans le point désigné, et une quantité assez considérable de pus s'échappa par la plaie et continua de couler les jours suivans, pendant lesquels la malade recouvra ses facultés intellectuelles. On ne constata point de fracture des os, mais cette source inépuisable de suppuration faisait craindre quelques ulcérations profondes. Vers le 20 mai, tout écoulement cessa, la plaie s'était à peu-près cicatrisée. Mais au même instant des symptômes de compression cérébrale se manifestèrent; le mouvement fut anéanti, et le sentiment à demi perdu dans les membres gauches; les pupilles immobiles et dilatées, la bouche légèrement deviée à droite, l'ouïe et la parole entièrement abolies. On ne douta pas que le pus, ayant cessé de couler par le trajet fistuleux, ne se fût rassemblé dans l'intérieur du crâne, soit en dehors, soit en-dessous de la dure-mère : bientôt on ne vit d'autre chance de salut pour la malade que l'opération du trépan qui fut pratiquée le 25 mai. D'abord M. Roux fit la dissection d'un lambeau triangulaire, sur les traces de la plaie, et rencontra sous les parties charnues plusieurs petites pièces osseuses ébranlées et chevauchant facilement; il en fit l'extraction, et par là mit à nu la dure-mère, dans l'étendue d'environ un demi-pouce, vers l'angle supérieur du frontal; mais on ne trouva dans cet endroit ni pus, ni perforation de la dure-mère, qui indiquait un foyer voisin. Cependant, en portant la pointe d'un stylet vers l'angle externe de l'œil, entre l'os et la méninge, on trouva celle-ci décollée dans l'étendue d'environ un pouce. On est porté à

soupçonner le foyer dans ce point, et une couronne de trépan y est appliquée : on ne rencontre aucun liquide sous le disque osseux qu'on a détaché; la méninge poussée par la substance cérébrale, forme à la place des fragmens osseux de petites tumeurs bosselées, et l'incision de la membrane est inutilement pratiquée. M. Roux ne porte pas plus loin ses recherches, que M. Boyer semble regarder comme téméraires. La malade est reportée dans son lit, sans avoir eu la conscience de l'opération qu'elle a subie, et sans que son état ait éprouvé aucune modification. Le 26 et le 27 mai, aucun changement. La résolution des membres semble même devenir plus complète. Le 29, on lève l'appareil, et on trouve une grande portion de substance cérébrale faisant hernie au-dessus des bords des ouvertures osseuses; cette masse fongiforme paraît noirâtre et comme gangrénée. Mort le 1.er juin.

Nécropsie. — La voûte du crâne étant enlevée avec précaution, on trouve que la portion de cerveau qui formait hernie, était la substance corticale, au-dessous de laquelle était creusée une vaste cavité oblongue, étendue de près de trois pouces, située un peu au-dessus et en arrière du point de trépanation, et remplie d'un pus verdâtre bien lié; ce foyer purulent n'était ainsi séparé de l'endroit où la dure-mère avait été incisée, que par une couche très-mince de matière cérébrale; ensorte qu'en plongeant le bistouri de deux ou trois lignes, on serait inévitablement arrivé au sein du clapier; les parois en étaient d'ailleurs bien tracées, nulle infiltration de pus n'existait dans les parties environnantes. Rien de remarquable dans les autres organes. (*Journ. hebdom.* VII, 581.)

Convulsions traitées par l'émétique en friction. — *Obs. communiquée par M. J. B. Debourge, chirurgien à Rollot.* — Un enfant âgé de huit mois, d'une très-faible complexion, et allaité par une femme qui, depuis quelque temps, est en proie à de violens chagrins, après plusieurs jours d'agitation, de réveils en sursaut, de cris presque continuels, de grincemens de dents, etc., fut pris de convulsions très-fortes, et dont l'intensité alla même toujours en croissant, malgré l'emploi d'un traitement antiphlogistique bien dirigé, de révulsifs appliqués aux extrémités et de quelques applications froides sur la tête. La bouche de cet enfant ne m'offrit rien qui pût m'y faire soupçonner l'existence du foyer qui alimentait la maladie; il en fut de même du ventre, qui était très-souple et absolument indolore à la pression, et aucun symptôme n'indiquait précisément la diathèse vermineuse; pourtant je crus devoir joindre un anthelmintique aux moyens déjà mis en usage, et je fis choix de l'absynthe maritime : ce remède simple me réussit constamment dans les affections vermineuses; mais pas un ver ne fut rendu, et la maladie continua de faire de tels progrès, que le quatrième jour je

n'espérais plus de sauver ce malade. Ce fut dans cet état alarmant, et en quelque sorte en désespoir de cause, que je me déterminai à tenter l'usage du tartre stibié par la méthode iatraleptique ; ces frictions non phlogosantes ayant déjà été employées avec succès dans plusieurs affections convulsives. A cet effet, je fis dissoudre deux gros de deuto-tartrate de potassium et d'antimoine dans dix gros d'eau distillée très-chaude, et je prescrivis de frictionner toute l'étendue de la colonne rachidienne et celle de la partie interne des membres thoraciques et pelviens avec un morceau de flanelle imbibée de cette préparation. Après la quatrième friction, les convulsions cessèrent de se renouveler aussi fréquemment, et de durer aussi long-temps qu'elles le faisaient avant leur emploi : et à mon grand étonnement, ce malade n'en eut le lendemain que trois accès ; dans le cours de la nuit suivante il n'en eut qu'un seul, et il ne lui en est plus survenu d'autre.

Quatre gros de tartre stibié ont ainsi été employés dans l'espace de quarante-huit heures, sans qu'il en soit résulté ni vomissement, ni diarrhée. Il ne s'est développé que trois petites pustules à la partie inférieure et interne de la cuisse droite, et encore leur développement n'eut-il lieu qu'après la cessation des convulsions. Les autres endroits frictionnés présentaient à peine quelques petits points rouges épars çà et là, qui, le lendemain même, avaient entièrement disparu.

Est-ce au moyen que j'ai mis en usage que cet enfant doit le rétablissement de sa santé? Je serais presque tenté de le croire. Cependant, la nature opère quelquefois de si grands prodiges...... Quoi qu'il en soit, j'ai cru devoir citer ce fait assez intéressant, et je pense qu'un tel succès doit enhardir les praticiens à faire usage du moyen que j'ai employé, ne serait-ce que dans les malheureuses circonstances où les remèdes les plus rationnels ont échoué.

Epistaxis. — Tamponnement, nécessité de la compression des points lacrymaux. — La nommée Z.***, âgée de 70 ans, entra à l'hôpital Saint-Louis, pour y être traitée d'un scorbut général, qui chaque jour faisait de nouveaux progrès. Le lendemain de son entrée, elle fut prise d'une épistaxis qui s'arrêta bientôt, mais pour reparaître plus tard. Le soir, en effet, une nouvelle hémorrhagie survint, et fut plus abondante. Le lendemain matin, elle recommença de plus belle. Tous les moyens employés en pareil cas furent sans succès; l'hémorrhagie, au contraire, marchait avec une nouvelle fureur; au moment de la visite, elle continuait encore, et déjà la malade était dans un état de prostration extrême. Il n'y avait pas de temps à perdre, la malade allait périr exsangue. M. Richerand pratiqua sur

le champ le tamponnement double, et la malade fut sauvée. Aussitôt, en effet, ce petit appareil appliqué, l'hémorrhagie s'arrêta, et pas une goutte de sang ne s'écoula, ni par le pharynx, ni par les narines; mais cinq minutes après, voici ce qu'on observa : du sang très fluide ruisselait, par un cours non interrompu, tout le long de la joue droite. M. Richerand examina l'angle interne de l'œil, qui en était le point de départ, et il apperçut, non sans étonnement, deux petits jets rouges qui partaient des deux points lacrymaux, et allaient à la rencontre l'un de l'autre. Une compression légère, faite pendant quelques minutes, suffit pour faire tout disparaître. (*Journ. hebdom.* VII, 653).

Accouchemens.

Gastro-hystérotomie pratiquée neuf mois environ après la cessation du travail; *observ. par le docteur Toy.* — La femme qui fait le sujet de cette observation, fut prise des douleurs de l'enfantement le premier novembre 1828; la dilatation du col s'opéra, les membranes se déchirèrent et les eaux s'écoulèrent. Le lendemain, douleurs dans le ventre qui était gonflé, tendu et chaud, grande anxiété, agitation continuelle, pouls petit et fréquent; le col de l'utérus est mou et dilaté, les parties génitales externes sont tuméfiées et enflammées. (*Fomentations sur l'abdomen, seigle ergoté à l'intérieur, médicamens fébrifuges.* L'auteur n'indique pas lesquels.) On ne pouvait sentir aucune partie du fœtus. La malade assurait qu'elle ne devait accoucher que vers le 10 décembre. La face, les pieds et les mains étaient gonflés, et il y avait une fièvre violente. Le 12.e jour, il s'écoule par le vagin une assez grande quantité de matière d'une odeur fétide, et ressemblant au pus d'un vieil ulcère. Le 18.e jour, tous les symptômes, excepté le gonflement et l'écoulement, ont disparu ou considérablement diminué. Vers le milieu de décembre des os s'échappèrent par le vagin; l'écoulement purulent continua jusqu'au mois de janvier. On eut recours aux toniques. Dans les premiers jours d'avril, il se développa, du côté droit au-dessus de l'ombilic, un petit point blanc et assez douloureux. Le 7 mai, il s'y forma une ouverture à travers laquelle on pouvait introduire une petite sonde. L'écoulement par le vagin avait cessé depuis la fin de janvier; la plaie de l'abdomen donnait issue à une assez grande quantité de matière purulente. M. Toy proposa une opération à laquelle la malade se refusa; il se borna à l'emploi des toniques et des palliatifs. Enfin, le 12 août 1829, il pratiqua l'opération de la manière suivante, en présence du mari de la malade, d'une vieille femme et du docteur Banks.

L'ouverture fistuleuse de l'abdomen, dit-il, avait augmenté en largeur au point d'offrir deux lignes de diamètre à la surface de la peau. Je fis une première incision d'environ quatre pouces de long dans la direction de la ligne blanche, commençant à deux pouces à-peu-près au-dessus de l'ombilic et à la distance d'un pouce de ce point. Cette incision intéressa les parois de l'abdomen et celles de l'utérus, et pénétra dans la cavité de ce viscère; je fis une autre incision d'une égale longueur et aussi profonde, qui vint couper la première à angles droits. Le sommet de la tête se présenta au fond de la plaie; les os paraissaient être réunis intimement. J'essayai d'extraire la tête avec un petit forceps, mais je n'en pus venir à bout, car l'utérus était contracté solidement sur la boîte osseuse. Je fus donc obligé de détacher les uns après les autres les os du crâne avec une forte pince avec laquelle j'enlevai aussi pièce à pièce tous les autres os qui ne s'étaient pas échappés par la vulve. En examinant l'état des parties, je reconnus que l'inflammation avait fait adhérer la paroi de la matrice à celles de l'abdomen, dans une étendue d'environ un pouce autour de l'ouverture fistuleuse. L'opération dura un quart-d'heure à-peu-près. Après avoir lavé la cavité de l'organe à plusieurs reprises, je rapprochai les bords de la plaie et je les maintins en contact avec des bandelettes agglutinatives; je n'eus pas besoin de recourir à la suture. La plaie fut ensuite pansée simplement avec de la charpie et quelques compresses. Avant même que le pansement fut achevé, la malade assura qu'elle se sentait tout-à-fait débarrassée du malaise que lui occasionnait depuis si long-temps la présence des os du fœtus; seulement elle éprouvait quelques douleurs dans la matrice. Le lendemain elle était parfaitement bien et sans douleur. Six semaines après, elle était guérie entièrement et avait déjà pu rendre visite à plusieurs personnes de son voisinage. L'ouverture fistuleuse existant avant l'opération n'était pas encore tout-à-fait cicatrisée; mais les incisions s'étaient réunies par première intention. Au mois de décembre, elle était dans un état de santé parfaite, et la menstruation avait repris son cours ordinaire.

L'auteur pense qu'il n'a pu y avoir dans ce cas grossesse extra-utérine, et il se fonde sur l'évacuation des os et des parties molles du fœtus qui a eu lieu par le vagin; il n'y a pas eu non plus rupture de l'utérus; car lors de l'opération, il a trouvé la tête et les os restans contenus entièrement dans la cavité de l'utérus. « La pression des os, dit-il, contre les parois de la matrice, a donné lieu à une inflammation et à une suppuration qui se sont propagées aux parois de l'abdomen, et a produit l'ouverture fistuleuse dont nous avons parlé; de plus, une adhérence entre l'utérus et les parois abdominales était résultée de cette inflammation. »

Il manque dans la relation de cette observation, des détails importans pour faire connaître exactement la nature du phénomène qui a eu lieu; cependant elle nous a paru assez curieuse pour être rapportée. (*The American Journ. of med. sciences*, et *Lond. med. and surg. Journ.*, août 1830.)

Version spontanée du fétus. — *Observ. par le docteur Schneider, de Fulda.*—Appelé auprès d'une femme en travail, chez laquelle l'enfant présentait, disait-on, un bras, le docteur Schneider apprit en arrivant que l'accouchement venait de se terminer par les seules forces de la nature. Les assistans ne savaient comment la chose s'était faite, mais la mère rapporta que, la poche des eaux s'étant rompue dès l'époque des premières contractions, un bras était aussitôt tombé dans le vagin, et que des secours avaient été demandés immédiatement. Bientôt après, des contractions violentes et presque insupportables s'étaient manifestées, et pendant leur durée, la malade avait cru sentir tout son abdomen bouleversé. Enfin, après un temps assez court, l'enfant était venu promptement par le pied droit, puis avec le tronc et la tête. Le bras droit du nouveau-né était livide, tuméfié, ce qui prouvait que ce membre s'était présenté d'abord. L'enfant, dont le volume était médiocre, avait cessé de vivre avant sa sortie; le bassin de la mère était fort large. (*Siebold's Journ. fuer Gebertshuelfe*, tom. VIII, p, 712.)

Hydatides de la matrice simulant la grossesse. — *Obs. communiquée par M. G. B. Debourge, chirurgien à Rollot (Somme).* — M.me L.***, âgée de 26 ans, d'une faible constitution, d'un caractère fort gai, mais que, depuis plusieurs mois, la moindre contrariété rendait d'une irrascibilité insupportable, avait toujours joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de vingt ans, époque à laquelle elle dit avoir eu une fluxion de poitrine d'une grande intensité, qui la fit rester sujette à une légère douleur dans la partie inférieure du thorax du côté droit, et à une prédisposition très-grande à contracter des rhumes. Réglée à 16 ans, et mariée à 23, cette dame eut ses menstrues assez régulièrement jusqu'à ce qu'elle soit devenue enceinte. Vers la fin du pénultième mois de sa gestation, elle fit de son haut une chute sur le ventre, et le 17 octobre 1825, cette grossesse se termina à son terme ordinaire, par l'expulsion d'un fœtus mort, et dont la vie utérine avait assurément cessé depuis quelque temps, puisqu'il offrait des signes bien manifestes de putréfaction. La parturition fut assez prompte, et les suites des couches se passèrent comme à l'ordinaire. La santé de cette dame ne tarda pas à se rétablir, aussi bien toutefois que le permettait l'état de sa poitrine. Ses règles continuèrent de revenir assez régulièrement aux époques accoutumées. Mais vers les derniers jours de novembre 1827, cet écoulement pério-

dique fut loin de présenter l'abondance qui lui était propre : le mois suivant il ne fit que paraître, et depuis il a tout-à-fait cessé d'avoir lieu. Cette dame contracta alors un rhume bien plus violent que tous ceux que déjà elle avait eus. La toux devint chaque jour de plus en plus fatiguante ; elle ne tarda pas à prendre le caractère de celle de la coqueluche, et le vomissement en terminait presque constamment les pénibles accès. La perte totale de l'appétit, des dégoûts, des sueurs nocturnes et une fièvre très-forte vinrent promptement s'ajouter à l'irritation pulmonaire. Le 6 janvier, cette dame fit une chute d'environ huit pieds de hauteur ; elle tomba d'abord sur les pieds, mais quand ceux-ci eurent cessé de porter sur le sol, elle s'alla heurter violemment le ventre contre un gros morceau de bois. Quelques douleurs abdominales, qui bientôt se dissipèrent, tel fut le premier résultat de cette chute, pour laquelle d'ailleurs cette femme ne réclama aucun secours. Appelé le 11 février suivant pour lui donner des soins, elle me fit le narré de ce que je viens d'exposer, et m'apprit que depuis le 2 de ce mois un léger écoulement sanguin avait lieu par la vulve, et que parfois le ventre lui faisait beaucoup de mal. J'explorai le ventre avec beaucoup d'attention, et je sentis, à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une tumeur globuleuse dans laquelle la pression de mes mains déterminait de la douleur. Cette tumeur devenait très-dure par momens, elle était alors entièrement inclinée à droite, mais elle ne tardait pas à occuper le côté opposé quand le décubitus avait lieu sur ce côté. Le col de l'utérus était rapproché de la vulve, il avait perdu de sa longueur et présentait à droite un léger boursoufflement. Je cherchai à déterminer le ballottement, mais il ne me fut pas possible d'en constater l'existence. Le reste du ventre était indolore à la pression, excepté le creux épigastrique, qui offrait une sensibilité assez vive. La partie inférieure droite de la poitrine était le siége d'une douleur pongitive peu violente, mais qu'augmentaient considérablement les accès réitérés de la toux. L'expectoration était sanguinolente depuis plusieurs jours, le pouls offrait de la dureté et une très-grande fréquence, la langue était rouge à son pourtour, les pommettes étaient plaquées d'un rouge tendre qui contrastait singulièrement avec un teint d'un jaune-paille très-prononcé, et le facies exprimait l'abattement et la souffrance. (*Sangsues, cataplasmes émolliens, loochs, boissons adoucissantes. Plus tard, vésicatoire au bras, lichen, frictions stibiées sur la poitrine, etc.*) Bien peu d'amélioration suivit l'emploi de ces divers moyens. Le ventre continua de devenir de plus en plus volumineux, les seins en firent autant ; depuis sept jours il ne coulait plus de sang par la vulve, et le 10 de mars suivant la matrice occupait la région épigastrique, et le vo-

lume de l'abdomen figurait absolument une grossesse à terme. Aussi le 15 de ce mois, cette dame fut-elle prise vers le soir de douleurs abdominales beaucoup plus fortes que celles qu'elle éprouvait depuis plusieurs mois. Ces douleurs prirent promptement le caractère de celles qui précèdent la terminaison d'un accouchement ordinaire, et bientôt elles donnèrent lieu à l'expulsion par la vulve d'une grande quantité d'hydatides arrondies, transparentes, plus ou moins volumineuses, et qui étaient *grappées* à un tissu charnu et celluleux qui m'a paru être du placenta, et que je regrette beaucoup de n'avoir pas examiné alors avec plus d'attention. Les contractions utérines se réveillaient de temps en temps, et donnaient issue à des acéphalocystes semblables et à des caillots de sang noir d'une odeur extrêmement fétide. Ces évacuations continuèrent d'avoir lieu jusqu'à dix heures du soir, et en rassemblant alors tout ce que la matrice avait ainsi expulsé, j'en pus remplir à comble quatre grandes assiettes. L'écoulement sanguin qui avait accompagné cette sorte d'accouchement, et qui augmentait même de plus en plus depuis sa terminaison, affaiblissait singulièrement cette dame, déjà beaucoup trop faible. J'exerçai une compression modérée sur le ventre, et ce moyen, joint à l'ingestion de quelques cuillerées d'une potion préparée avec l'eau distillée de fleurs d'oranger sucrée et l'extrait de ratanhia, suffit pour diminuer convenablement l'abondance de cette perte. Le lendemain, l'écoulement sanguin ne présentait rien que d'ordinaire. La matrice était fortement contractée; et on la sentait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La malade était extrêmement faible, le pouls était très-petit et d'une bien grande fréquence. L'état de la poitrine ne présentait aucun changement; seulement la toux semblait se renouveller un peu moins fréquemment. (*Eau de poulet, boissons adoucissantes.*) Le quatrième jour de cet accident, la sécrétion laiteuse eut lieu, et du lait séreux sortit par les mamelons. Mais les jours suivans, les crachats redevinrent collans et plus ramollis qu'ils ne l'avaient encore été; la respiration s'embarrassa de plus en plus; la toux reprit toute son intensité première. Le vomissement expulsait à l'instant même tout ce que l'on ingérait dans l'estomac. Des sueurs nocturnes excédantes, une soif inextinguible, une chaleur insupportable à la paume des mains et à la plante des pieds, un pouls d'une fréquence effrayante, une insomnie des plus fatigantes, des anxiétés indicibles, etc., vinrent promptement aggraver encore l'état de cette dame. Ces symptômes prirent chaque jour une intensité plus grande; la matrice revint encore un peu sur elle-même; les seins ne tardèrent pas à devenir flasques, et la mort eut lieu douze jours après l'accident dont je viens de tracer le sommaire.

Je désirais vivement de pouvoir joindre quelques détails nécropsiques à ceux qu'on vient de lire, mais les parens de cette dame ne voulant pas acquiescer à ma demande, force m'a été de me restreindre à ne recueillir de ce cas pathologique intéressant que les circonstances dont je viens de faire l'exposé.

Pharmacologie, Toxicologie.

Action du brome sur les animaux. — Le docteur Lud. Ern. Butzke a fait, tant sur lui-même que sur les animaux, un certain nombre d'expériences, pour constater le mode d'action du brôme; voici un apperçu des plus intéressantes : après avoir fait dissoudre un demi-gros de brôme dans quatre onces d'eau, il a pris, d'abord, trois gouttes de cette dissolution, puis six, et enfin treize gouttes, chaque fois dans une demi-once d'eau : il a éprouvé un sentiment d'ardeur dans la bouche, dans l'œsophage, dans l'estomac, et en outre des coliques. Une dose de vingt-cinq gouttes, prise dans une once de mucilage, donna lieu à tous les symptômes plus haut indiqués, mais avec plus de violence; il y eut en même temps de fortes nausées, accompagnées de hoquet, et une augmentation de la secrétion des muqueuses.

Un demi-gros de brôme ayant été dissous dans douze onces d'eau, on injecta deux onces de cette dissolution dans la veine d'un cheval : aussitôt, agitation, balancement, frisson et faiblesse si grande que, pour prévenir la mort qui parut imminente, il fallut pratiquer la ligature du vaisseau, ce qui fit revenir l'animal à lui.

Un demi-gros de brôme fut dissous dans douze onces et demie d'eau, et on en fit avaler deux onces à un chien. Quinze minutes après, accélération de la respiration, chute des forces, et, dans la même proportion, diminution de la température, sans que cependant le pouls fût influencé. Après deux heures, il ne restait plus que la faiblesse et une respiration accélérée; la température de la peau et le pouls étaient dans un état normal. Le jour suivant, il survint de violentes convulsions, la respiration devint plus rapide et plus pénible; l'animal poussa d'une voix rauque des cris plaintifs et fut pris des plus violentes convulsions, au milieu desquelles il expira. A l'ouverture du cadavre, on trouva beaucoup d'écume sanguinolente dans la trachée; la muqueuse qui revêtait le pourtour de la glotte était colorée en rouge foncé; les bronches et l'œsophage n'offraient rien de particulier; les poumons étaient gorgés de sang; l'estomac présentait de nombreuses sugillations et contenait une grande quantité de mucosités sanguinolentes; la muqueuse du duodénum était totalement injectée; le reste du conduit digestif n'offrait rien d'anormal.

Un second chien auquel on fit avaler une plus petite dose de brôme, mourut également dans les convulsions; à l'autopsie, le tube digestif

ne présenta d'autre particularité qu'une coloration en jaune-brunâtre de la muqueuse stomacale. (*Biblioth. der pract. Heilkunde*; septembre 1829.)

POUDRE ANTI-ÉPILEPTIQUE DU DOCTEUR KAHLEIS. — Le docteur Kahleis recommande, comme on sait, contre l'épilepsie, une combinaison de l'armoise vulgaire avec le nitrate d'argent; voici en quoi consiste la formule de ce praticien :

Prenez, *racine d'armoise vulgaire*, deux onces; faites bouillir dans suffisante quantité d'eau, jusqu'à colature de six onces, et ajoutez à ce liquide :

Poudre de nitrate d'argent fondu, dix grains. Séparez par le filtre le précipité qui se forme, séchez le à l'ombre, et conservez-le pour l'usage. — La poudre ainsi obtenue, doit être mêlée avec suffisante quantité de sucre, puis divisée en soixante parties égales. On donne une de ces doses matin et soir. (*Journal der practischen Heilkunde*, mars 1830.)

Académie royale de Médecine. (Octobre.)

Séance du 28 septembre. — VACCINATIONS PRATIQUÉES EN 1829 DANS L'ARRONDISSEMENT DE VINCENNES ET DANS LE DÉPARTEMENT DU FINISTÈRE. — Leur nombre a été de 322 dans le premier de ces pays, et de 7,026 dans le second.

ÉPIDÉMIE AU HAMEAU DES OGIERS (*Département du Nord*). — *Rapport fait sur cette épidémie par M. le docteur Dourlen.* — Le hameau des Ogiers est situé sur une éminence; les habitations en paraissent saines et bien aérées; l'eau que boivent les habitans est de bonne qualité. Mais ceux-ci, au nombre de 150, presque entièrement belges, sont dans la plus affreuse misère, mangent un pain de la plus mauvaise qualité, n'ont que des haillons pour vêtemens, et couchent trois par trois sur une paillasse sale et humide, privés de tous combustibles. Une fièvre typhoïde, avec les caractères de *gastro-entérite*, *d'entérite*, *d'encéphalite*, a éclaté parmi eux, et en peu de jours en a fait succomber plusieurs à une congestion cérébrale ou pulmonaire. M. Dourlen dit avoir toujours opposé avec succès à cette maladie l'application des sangsues; mais M. H. Cloquet, rapporteur, remarque que le préfet y a joint des distributions de bon vin, de viande, de bouillon, de bois, de charbon, etc. Sur trente malades qu'a visité M. Dourlen, six ont péri.

ÉTAT DES ALIÉNÉS EN NORWÈGE. — M. Esquirol fait un rapport ver-

bal sur un ouvrage écrit en langue norwégienne, intitulé : *Rapport et projet rédigés par une commission royale nommée en 1825, pour constater l'état des aliénés en Norwège et améliorer le sort de ces malades*, publié par le docteur Holst, professeur de médecine à l'Université de Frédéric Christiana. M. Esquirol rappelle d'abord quel est l'état physique de la Norwège; il la représente comme un pays hérissé de montagnes généralement inhabitables, entrecoupées de gorges étroites, placées entre des rochers à pic d'une grande hauteur, et qui interceptent les rayons du soleil une grande partie du jour. La Norwège n'offre aucunes villes grandes, populeuses et manufacturières; la plupart de ses habitans cultivent la terre, et se nourrissent de fromage et de lait. Il expose ensuite, d'après la commission norwégienne, l'état des établissemens d'aliénés dans ce pays; ils ne datent que de 1736; les cellules en sont trop petites; dans aucun d'eux les aliénés ne peuvent être classés; nulle part les malades n'ont de promenoirs, de moyens de travail; les appareils de bains manquent partout; partout aussi le mobilier est incomplet, l'administration vicieuse; et tout justifie le nom de *coffres à fous* qui est donné dans plusieurs provinces de la Norwège aux habitations des aliénés. Avec la Commission norwégienne, il fait des vœux pour l'amélioration d'un tel état de choses. M. Esquirol, enfin, mentionne plusieurs tables statistiques que la Commission norwégienne a jointes à son travail, et qui fournissent des résultats intéressans pour l'étude des aliénations mentales, des affections cérébrales et de la civilisation. Une de ces tables donne le rapport du nombre des aliénés à la population de la Norwège : ce rapport est comme 1 à 5,057, puisque sur une population de 1,051,318 individus, il y a 1,909 aliénés. M. Esquirol rapproche de ce fait ce qu'a publié en 1829 le docteur Holliday sur le nombre des aliénés en Angleterre et dans le pays de Galles et autres pays, comparé à la population, et dont voici les résultats : population d'Angleterre, 12,700,000 habitans; aliénés, 16,222; rapport des aliénés à la population, 1 à 1,000 : pays de Galles, population, 87,448; aliénés, 896; rapport, 1 à 800 : Ecosse, population en 1821, 2,093,456; aliénés, 3,652; rapport, 1 à 576 : état de New-York, population en 1825, 1,616,458; aliénés, 2,240; rapport, 1 à 721 : royaume de Naples, 1,000 aliénés; royaume de France, population, 32,000,000; aliénés, 30,000; rapport, 1 à 1,000. Les docteurs Butrow et Coster avaient dit que le rapport, en France, était de 1 à 350; mais ils avaient jugé d'après le nombre des aliénés dans le département de la Seine, et ce département en contient plus que le reste de la France, parce que les aliénés y sont amenés de tous les points du royaume. Enfin, Raymond a dit que la proportion des aliénés, à Marseille, est, relativement à la population de cette ville, comme

1 à 2,000. De ces divers rapports, M. Esquirol conclut : 1.° que les limites du nombre des fous, comparé à la population, est entre 1 : 500 et 1 : 1,500 ; 2.° qu'il y a beaucoup plus d'aliénés en Norwège et en Ecosse, qu'en France et en Angleterre. Ce résultat, en apparence, contredit un dogme qu'il a depuis long-temps avancé, savoir : que l'aliénation mentale est une maladie de la civilisation, et que le nombre des aliénés est en rapport direct de cette même civilisation. Et cependant Rush, de Philadelphie, déjà avait dit aussi que la folie est rare parmi les sauvages ; M. de Humbold avait assuré que cette maladie est inconnue parmi les indigènes du Sud de l'Amérique ; Cox assure qu'elle n'est pas plus connue en Afrique ; enfin, il est sûr qu'il y a moins de fous en Turquie qu'en France, et moins de fous dans les campagnes que dans les villes. Une autre des tables de la Commission norwégienne sert à M. Esquirol à expliquer la cause de cette contradiction : cette table indique le nombre respectif des espèces de folie observées en Norwège ; il y a eu 680 idiots, 512 manies, 376 monomanies, et 341 cas de démence ; d'où il résulte que les idiots sont pour plus d'un tiers dans le nombre total des aliénés de la Norwège. Or, il en est de même en Ecosse et dans le pays de Galles, où les idiots sont presque pour moitié dans le nombre total des aliénés ; tandis qu'à Paris et à New-Yorck les idiots sont en très-petit nombre. On voit donc que l'idiotie ne doit pas être confondue avec la folie proprement dite ; et que si celle-ci, comme produit de la société et des influences sociales et intellectuelles, doit être en rapport direct avec la civilisation, celle-là, dépendant du sol et des influences matérielles, peut et doit se montrer plus fréquente dans des montagnes incultes et sauvages. M. Esquirol dit que, dans la Norwège, le nombre des hommes frappés d'aliénation est d'un sixième plus grand que celui des femmes ; cela est opposé à ce qui est dans presque tous les autres pays, en France, en Angleterre, par exemple. Cependant, dans l'Amérique du nord, il y a aussi beaucoup plus d'hommes aliénés que de femmes. Quant au nombre respectif des aliénés selon les âges, M. Esquirol dit que, en Norwège comme partout ailleurs, le nombre des aliénés augmente depuis la puberté jusqu'à trente ans ; que de trente à quarante ans, le nombre des aliénés est plus grand qu'après et avant cette époque de la vie ; et qu'enfin, après quarante ans, le nombre des aliénés diminue progressivement. Enfin, la Commission norwégienne, abstraction faite des vices de conformation qui ont amené l'idiotisme, établit que des causes morales produisent en Norwège plus de la moitié des folies qu'on y observe : parmi les causes physiques principales, elle range l'hérédité, l'accouchement, l'onanisme, l'ivrognerie. M. Esquirol remarque que cette dernière cause de folie est moins fréquente en France que dans l'Amérique du

nord. La commission norwégienne conclut à ce que huit maisons d'aliénés soient construites en Norwège, quatre pour les aliénés curables, à Christiana, à Christansand, à Bergen et à Drontheim, et quatre pour les aliénés incurables. Ces maisons auraient la forme appelée *astrale*, c'est-à-dire seraient des quadrilatères sur les quatre pans desquels seraient construits quatre bâtimens en forme de rayons. La surveillance et les services généraux occuperaient le centre; les quatre bâtimens auraient un rez-de-chaussée et un premier étage, ce qui permettrait quatre divisions pour chaque sexe. — Ce rapport donne lieu à une discussion sur la proportion respective des aliénés dans les deux sexes; M. Villermé nie que, même en Amérique, quoi qu'en ait dit Rush, il y ait plus d'hommes aliénés que de femmes: M. Petit assure que, à l'Hôtel-Dieu de Paris, il y avait toujours deux fois plus d'aliénées que d'aliénés; M. Esquirol croit que la différence en faveur des femmes est seulement d'un cinquième.

L'académie, à la fin de sa séance, s'est mise en comité secret. Nous savons que dans ce comité, la compagnie a entendu deux rapports: l'un, de la section de médecine publique de l'Académie, pour présenter six candidats à la place du titulaire qui doit être prochainement élu; ces six candidats sont dans l'ordre de leur présentation, MM. Desgenettes, Andral fils, Ferrus, Louis, Parent Duchatelet et Villermé; l'autre, de la commission chargée de faire choix d'un sujet de prix à proposer dans la prochaine séance publique. Dans celui-ci la commission présente six questions, entre lesquelles la compagnie choisira dans une des prochaines séances. Voici ces six questions: 1.° Faire connaître, par voie d'expérience et d'observation, le degré d'importance de la circulation dans les vaisseaux capillaires sanguins sous le triple rapport de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique. 2.° Qu'est-ce que l'irritation? Quelles en sont les causes? Quels sont ses diverses modes? Quelles sont les conséquences à déduire de l'appréciation des causes et des modes de l'irritation dans le traitement des maladies? 3.° Faire l'histoire de l'iode, des hydriodates simples et iodurés administrés sous différentes formes; apprécier les propriétés thérapeutiques de ces substances d'après l'observation clinique; décrire les effets consécutifs qui résultent quelquefois de leur emploi et atteignent spécialement les organes respiratoires et digestifs. 4.° Faire connaître les avantages que la médecine a retirés des nombreuses observations météorologiques recueillies en différens lieux; indiquer la forme la plus convenable que l'on puisse donner aux tableaux dans lesquels on consigne ces sortes d'observations, afin de constater celles des modifications atmosphériques qui semblent exercer une influence spéciale sur l'homme et les animaux. 5.° Les recherches faites sur les variations qu'éprouve périodique-

ment le poids du corps de l'homme en santé datant d'une époque où les connaissances physiques et physiologiques étaient trop peu avancées pour qu'il ait été possible alors d'en déduire toutes les conséquences qui pouvaient en découler ; répéter ces recherches, non-seulement sur l'homme en santé, mais encore sur celui qui est malade. 6.° Faire connaître quelles sont, parmi les altérations, soit des solides, soit des liquides, observées à l'ouverture des corps, celles qui sont réellement morbides, celles qui peuvent être la suite du traitement ou du régime dans les maladies, celles enfin qui sont ou peuvent être cadavériques ; faire l'histoire de ces dernières.

Séance du 12 octobre. — Mesures sanitaires. — Lettre de M. l'ambassadeur d'Angleterre, en réponse à celle que lui a écrite le conseil d'administration de l'Académie sur l'état des mesures sanitaires en ce pays. Il en résulte que les lois sanitaires, et l'ordonnance du 19 juillet 1825 sur ce sujet, sont toujours en vigueur. Tout capitaine de vaisseau doit être pourvu d'une *patente de santé*; à défaut de cette patente, les marchandises de son vaisseau sont déposées au lazareth, et y font une quarantaine de quarante jours; et après le déchargement, le vaisseau et l'équipage y font eux-mêmes une quarantaine de trente jours. Si le capitaine est pourvu d'une *patente nette*, la quarantaine est encore de quinze jours pour les marchandises, et de dix pour l'équipage et le vaisseau ; il n'y a d'exceptions que pour les vaisseaux venant de Smyrne. M. Rochoux assure que si ces mesures sont celles que prescrivent les lois anglaises actuelles, ces mesures ne sont pas observées; il répète, sur l'autorité du consul de France à Londres et sur celle de sir Robert Wilson, que les quarantaines ne sont, en Angleterre, que de deux jours.

Résine de chêne. — Lettre de M. Vallot, médecin à Dijon, et correspondant de l'académie, qui avance que la substance dite *résine de chêne*, dont M. Lemaire de Lizancourt a entretenu dernièrement la compagnie, n'est qu'un champignon du genre *næmaspora*, admis successivement par Wildenow, Decandolles, et dont M. Cartier fils, de Pontoise, a donné l'analyse, le *næmaspora encephala*. M. Virey combat cette opinion de M. Vallot, et soutient que la résine de chêne est un suc végétal.

Élection d'un titulaire. — Les candidats présentés par la section d'hygiène publique et de médecine légale étaient MM. Desgenettes, Andral fils, Ferrus, Louis, Parent Duchatelet et Villermé. Sur 77 votans, le scrutin a donné 61 suffrages à M. Desgenettes, dont l'élection sera soumise à la sanction du Roi.

Chenilles vivantes expulsées de l'estomac. — *Observation de M. Gaspard, médecin à Saint-Etienne, département de Saône et Loire.* — *Rapport de M. H. Cloquet.* — Un cultivateur âgé de 30

ans, de bonne santé jusqu'alors, éprouve tout-à-coup du malaise, de l'anorexie, de la céphalalgie, et est pris, au bout de deux mois, d'une fièvre rémittente quotidienne. Après quelques accès, il vomit spontanément de la bile, des vers trichurides, et deux chenilles vivantes longues de dix-huit lignes, et grosses comme le petit doigt. Le lendemain, après l'administration d'un éméto-cathartique, sortie d'une chenille plus grosse encore. Mais comme dans l'un ni l'autre cas le médecin habituel n'a vu les chenilles, le rapporteur de l'Académie met cette observation parmi celles déjà si nombreuses, et certainement fausses, dans lesquelles des chenilles sont dites avoir été ainsi rendues par le vomissement ou les selles.

Mouvemens du cœur. — *Rapport de M. Piorry sur un mémoire qu'a lu à l'Académie M. Pigeaux. (V. le tome XXIII des* Archives, *page* 129). — M. Pigeaux, dans son mémoire, avait émis que les bruits perçus pendant les mouvemens du cœur sont dus, non à la contraction de cet organe, mais à l'impulsion du sang contre les parois de ce viscère; il s'était appuyé sur ce qu'ayant plongé la main dans un vase plein d'eau, et ayant exprimé avec ses doigts une certaine quantité du liquide, il n'avait entendu de bruit qu'autant que la colonne d'eau exprimée était dirigée contre les parois du vase. M. Piorry a vainement répété cette expérience; quelque soin qu'il ait pris de diriger l'eau exprimée contre les parois du vase, jamais il n'a obtenu de bruit perceptible; il n'en a obtenu qu'en poussant de l'eau à travers un tube solide; alors il a obtenu des sons assez analogues à ceux du cœur et des artères. Mais ces bruits n'étaient pas ceux *de rape;* ceux-ci lui paraissent dépendre certainement des mouvemens du cœur, et surtout des frottemens des parois ossifiées des orifices du cœur les unes sur les autres; et, comme il ne les a jamais vu manquer dans les rétrécissemens organiques des cavités du cœur, il leur croit plus d'importance pour le diagnostic qu'aux *bruits de souffle.* Il conclut donc, contrairement à M. Pigeaux, que les bruits du cœur sont dûs au passage du sang ou au frottement des valvules ossifiées. M. Piorry conteste de même une autre opinion de M. Pigeaux, savoir : que la contraction des ventricules produit un son clair, et la contraction des oreillettes un son sourd; il est, à cet égard, de l'avis de Laennec, qui attribuait, au contraire, le bruit sourd à la contraction des ventricules, et le son clair à la contraction des oreillettes. Il nie également que le choc du cœur contre le thorax alterne avec les battemens du pouls; il assure que le plus souvent il y a isochronisme dans ces phénomènes, ou du moins que le pouls se fait sentir seulement un peu après que le cœur a frappé le thorax, après le temps qui est nécessaire pour que la contraction du ventricule soit complétement effectuée, et l'artère aussi pleine

que possible. Enfin, M. Piorry conteste encore deux opinions de M. Pigeaux, savoir : que les battemens du cœur et des artères ne sont pas isochrones, et que le repos admis par Laennec entre la contraction des oreillettes et celle des ventricules suit cette dernière. Il rend, du reste, hommage à l'esprit de recherche de ce médecin.

Tumeur sanguine a la vulve. — M. Deneux lit un rapport sur une observation de M. Massot, chirurgien en chef de l'hôpital de Perpignan, relative à une tumeur sanguine considérable survenue spontanément, à la suite d'une vive douleur dans la grande lèvre gauche, chez une femme parvenue au neuvième mois de sa grossesse. La tumeur d'un brun noirâtre, avait la grosseur de la tête d'un enfant à terme; elle effaçait presque entièrement la nymphe de ce côté, mais ne présentait aucune trace d'ouverture. On pratiqua sur elle des mouchetures; on y appliqua des sangsues, auxquelles on ajouta deux saignées du bras; on n'obtint par ces moyens qu'un léger soulagement; les douleurs étaient très-vives. Cependant le 5.e jour, la tumeur s'affaissa; le 6.e jour, sa face interne se sépara en partie, ainsi que la nymphe qui y était comprise; le 11.e jour, la chute de l'escarrhe fut complète et laissa voir le tissu cellulaire subjacent rempli de beaucoup de sang coagulé. Le 12.e jour, le foyer fut entièrement vidé, et laissa voir une large plaie, qui ne guérit que le 21.e jour. Le 18, la femme accoucha sans fortes douleurs aux parties malades. M. Massot pense que dans ces tumeurs, il faut peu compter sur les moyens généraux, résolutifs ou émolliens; mais que le plus souvent il faut les ouvrir largement, et les vider des caillots qu'elles contiennent. M. Deneux qui vient de publier un mémoire sur ces tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, mémoire dans lequel il a rassemblé tous les cas de ce genre que possède la science, insiste encore plus sur la pratique d'ouvrir largement et le plus tôt possible ces tumeurs, et de les vider du sang liquide ou coagulé qu'elles contiennent : c'est le seul moyen, selon lui, de faire cesser presque instantanément les douleurs atroces qui les accompagnent, et de rendre moins étendue la gangrène, qui souvent s'empare des parois de leur foyer.

Monstruosité. — M. Hennecart, médecin à Obis, département de l'Aisne, présente en son nom et au nom de M. Cotillon, médecin à Vervins, deux enfans monstrueux vivans; l'un est âgé de 4 ans, offre sur tout le corps, et surtout sur la moitié supérieure des taches noires, pileuses en quelques points. Ses organes génitaux présentent de plus un volume extraordinaire dû à une accumulation insolite de graisse dans le prépuce.

Séance du 26 octobre 1830. — Sujet de prix a proposer, dans la prochaine séance publique. — Une grande partie de la séance a été employée à discuter le choix d'un sujet de prix; entre les six ques-

tions présentées par la commission, dans l'avant dernière séance, l'Académie a fait choix de la dernière; mais elle l'a renvoyée à la commission pour en arrêter définitivement la rédaction.

Amputation du bras dans l'article. — M. Dupuytren remarque que, dans les évènemens de juillet dernier, les blessures à l'épaule ont été nombreuses et traitées par des méthodes variées; dans huit ou neuf cas, on a pratiqué l'amputation du bras dans l'article, et sur ces huit cas, quatre malades ont guéri et quatre ont succombé; de ces derniers, deux avaient été amputés dès les premiers jours de la blessure; chez les deux autres l'amputation avait été consécutive. A cette occasion, M. Dupuytren émet l'opinion, que les amputations primitives réussissent toujours mieux et doivent généralement être préférées. M. Dupuytren termine cette communication en présentant plusieurs malades auxquels l'amputation du bras dans l'article a été pratiquée, et qui sont guéris ou presque guéris de cette opération. Chez un de ces malades, on a fait deux lambeaux, un antérieur et un postérieur; la cicatrice s'étend du sommet de l'acromion au bas de l'aisselle; la plaie qui avait cette direction, offrait cet avantage qu'elle présentait au bas une gouttière qui laissait un libre écoulement au pus; dès le 12.e jour, le malade a pu se lever; néanmoins ce n'est qu'assez tard que la guérison a été complète. Chez un autre malade, au contraire, on avait fait un lambeau externe et un lambeau interne; chez ce malade, il survint successivement dix à douze abcès dans les lambeaux, et ces abcès dûrent être attribués à la position de ces lambeaux. M. Dupuytren présente encore un malade qui a été opéré par M. Roux, et chez lequel aussi les lambeaux furent, l'un en dehors et l'autre en dedans. A cette occassion, M. Roux, promet de présenter prochainement un mémoire sur les blessés que les événemens de Juillet ont amenés dans l'hôpital de la Charité.

Académie royale des Sciences.

Séance du 13 *septembre.* — Cette séance est presque entièrement remplie par la lecture d'un mémoire du docteur Velpeau sur *l'amputation de la jambe dans l'articulation du genou.* (Voyez page 44 de ce volume.)

Séance du 29 *septembre.* — Anatomie et physiologie végétales. — M. Mirbel fait un rapport sur quelques observations d'anatomie et de physiologie végétales communiquées à l'Académie par M. le docteur Schultz, professeur à l'Université de Berlin. Ces observations tendent surtout à démontrer l'existence d'une véritable circulation

dans la grande division des plantes phanérogames. Ce fut en 1820, qu'en examinant la grande chélidoine, il conçut la première idée du mode de cette circulation, et ayant, depuis lors, étendu ses recherches à beaucoup d'autres végétaux à un ou deux cotylédons, de familles différentes, il reconnut que ce mode était commun à toutes les espèces. » Il est étonnant, dit le rapporteur, que, dans le nombre si grand des observateurs qui se sont livrés à l'étude de l'anatomie et de la physiologie végétales, aucun n'ait remarqué ce fait, et il est plus étonnant encore que, depuis le moment où il a été annoncé, on ait vainement essayé en France d'en constater la réalité; cependant la préparation des objets est extrêmement simple et facile; voici en quoi elle consiste : le docteur Schultz enlève, à l'aide d'un instrument tranchant, une portion de l'épiderme du *ficus elastica* : par ce moyen, il met à nu le tissu cellulaire et les vaisseaux de la stipule. Un fragment de cet organe étant alors plongé dans l'eau, puis placé sur le porte-objet du miscroscope, on voit l'appareil vasculaire destiné à la circulation et le mouvement du suc. La plupart des vaisseaux vitaux se montrent entourant les vaisseaux spiraux, et formant avec eux des faisceaux alongés, distincts, parallèles, qui communiquent entre eux par l'intermédiaire d'un réseau irrégulier et lâche des vaisseaux vitaux. Ceux-ci s'étendent d'un faisceau à l'autre, et l'on voit le suc, avec ses corpuscules opaques, parcourir en petits torrents capillaires les routes diverses tracées par les vaisseaux. Ces faits semblent indiquer une sorte d'analogie entre la circulation du sang des animaux et celle du suc vital des végétaux phanérogames. Toutefois, la commission a voulu s'assurer davantage encore de l'exactitude de ces résultats, et elle s'est livrée à de nouvelles recherches. Le docteur Schultz a fait voir à tous les membres qui la composent, le mouvement du suc à travers l'épiderme d'une feuille entière d'un pied de grande chélidoine, à la tige duquel elle était encore fixée. Il faut avoir soin, pour arriver au but désiré, de choisir un beau jour, et de disposer le microscope de telle manière que son miroir puisse réfléchir les rayons du soleil; on mouille la feuille, on l'applique sur le porte-objet et l'on dirige l'objectif sur une veine assez déliée pour laisser passer la lumière. Alors, au moyen de la transparence du tissu, on remarque une scintillation qui est due à la réfraction des rayons lumineux, par les corpuscules que le suc charrie; et, si les vaisseaux sont tout près de l'épiderme, on reconnaît, sans la moindre incertitude, la direction du courant. Reste à savoir quelle est la nature de ce mouvement? Serait-ce la simple translation du suc d'une place à une autre, sans qu'il y eût retour par les mêmes vaisseaux? ou bien, y aurait-il une circulation comparable, à cet égard, à celle des animaux? cette dernière hypothèse est la seule probable. En effet, quand on

considère que, dans les vaisseaux d'un lambeau de stipule, long d'un à deux pouces et large de trois à quatre lignes, le suc coule constamment, durant plusieurs minutes, avec une vélocité remarquable, et qu'il ne se répand pas au-dehors, on ne peut se refuser à l'idée que ce suc passe plusieurs fois par les mêmes routes. Mais il y a cette différence notable entre la circulation des végétaux et celle des animaux d'un ordre élevé, que, dans ces derniers, il existe un point unique d'où part le sang, et vers lequel il revient sans cesse; tandis que, dans les végétaux, il n'y a pas de point spécial de départ, et les mailles du réseau qui forment les vaisseaux sont autant d'appareils circulatoires qui communiquent entre eux; de façon qu'il y a unité de mouvement propre à chacune de ces parties, aussitôt qu'elles sont séparées. La découverte de M. le docteur Schultz est du plus haut intérêt pour l'anatomie et la physiologie végétale; elle démontre, entre les animaux et les végétaux, des rapports qu'on ne soupçonnait même pas; et les ingénieuses observations de l'auteur en rendent l'évidence incontestable. »

Séance du 4 octobre. — Amputation de la jambe. — M. Larrey fait un rapport très-favorable sur le mémoire de M. le docteur Velpeau, relatif à *l'amputation de la jambe dans l'articulation du genou.* M. le rapporteur examine d'abord si les motifs exposés dans le mémoire suffisent pour légitimer la préférence accordée par l'auteur à ce mode opératoire sur ceux qui consistent à amputer, soit au quart inférieur de la cuisse, soit dans l'épaisseur des condyles du tibia. Les exemples de succès rapportés par M. Velpeau ont été fournis par des sujets affectés de maladies chroniques, dont les limites dans le membre à retrancher étaient bien déterminées, et, dans ces cas, on a eu raison de s'arrêter au genou, au lieu de remonter à la cuisse; cependant, dit M. Larrey, ce chirurgien aurait pu se borner à l'origine des condyles du tibia. Quant à la sustentation sur une jambe de bois ou sur un cuissart, il y a peu de différence, suivant le rapporteur. Enfin, il termine en disant que le procédé opératoire convient surtout dans les cas où, par une maladie chronique telle que la nécrose, la jambe a été désorganisée jusqu'aux attaches des ligamens articulaires et que les limites du mal sont bien arrêtées. M. Larrey donne des éloges à l'excellent travail de M. Velpeau, et le propose à l'approbation de l'Académie.

Séance du 11 octobre. — Ablation de l'utérus. — M. Delpech, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse un mémoire relatif à *l'ablation de l'utérus.* Ce travail consiste principalement dans l'indication d'un nouveau procédé pour l'extirpation de la matrice cancéreuse, quand cet organe conserve encore sa situation normale. Voici la description qu'en donne l'auteur :

» 1.° La malade étant située comme pour l'opération de la taille, on sépare la vessie et l'utérus, en manœuvrant par le vagin. On fait fixer la vessie par les mains d'un aide pressant l'hypogastre, et l'opérateur la fixe lui-même, au moyen d'une légère pression exercée sur son col, par le doigt indicateur de la main gauche.

2.° On coupe le tissu vaginal, non pas en cherchant à inciser dans le repli antérieur de son fond, ce qui est presque impossible, mais en agissant perpendiculairement à la région antérieure du col de l'utérus, et coupant sur lui-même le tissu vaginal réfléchi. L'instrument employé est un bistouri fixé sur son manche, dont l'extrémité seule est tranchante, et dont cette extrémité est débordée par une lame d'argent supportée par un petit boudin qui, par sa dépression facile, laisse découvrir le tranchant de la lame à la moindre pression, dans l'intention de couper; une algalie est un bon guide pendant cette partie de l'opération.

3.° Le tissu vaginal étant coupé dans une assez grande étendue transversale, le doigt pénètre aisément dans le tissu cellulaire commun à l'utérus et à la vessie; et, en introduisant deux doigts dans la plaie, et en les écartant avec force, on pénètre aisément jusqu'au péritoine que l'on reconnaît facilement, et que l'on pénètre de même au moyen des ongles seulement.

4.° On fait alors la section hypogastrique en formant d'abord un lambeau demi-circulaire de la peau, et en coupant la ligne blanche dans une étendue de cinq pouces qui est l'étendue de la base du lambeau. Dès que le péritoine est à découvert, on le soulève avec une pince pour le couper dans l'isolement, et sans qu'il soit possible de rien blesser.

5.° Alors un doigt pénètre, de haut en bas, dans la voie ascendante pratiquée auparavant entre la vessie et la matrice. Le doigt, dirigé vers l'un des côtés du col de l'utérus, soulève le point correspondant du fond du vagin, et avec lui le ligament large correspondant; le tout est ramené sans de grandes difficultés à la vue, sur la plaie de la ligne blanche; là, il n'est pas difficile d'attirer même l'extrémité du ligament large, et de juger de l'état de l'ovaire et de la trompe jusqu'à son pavillon.

6.° Sur le doigt qui le soulève, et qui peut être facilement remplacé par un levier, on peut couper de haut en bas, en le soulevant avec des pinces et en y employant le bistouri ou des ciseaux, la totalité du ligament large. On peut faire cette section, selon le besoin, au-delà de l'ovaire ou de la trompe, ou plus près de la matrice; et à mesure qu'un vaisseau est coupé, on peut le saisir et l'attirer au-dehors par un *tenaculum*, et le lier isolément.

7.° La même manœuvre peut être répétée du côté opposé; elle

présente quelque facilité de plus ou quelque difficulté de moins, parce que l'on peut agir sur l'utérus même devenu libre, pour alonger le ligament large et atteindre au-delà de la limite s'il le faut.

8.° A ce point, l'organe peut être porté au-dehors de l'abdomen; il ne tient plus qu'à l'intestin rectum. Or, cet intestin a son mésentère; ses parois peuvent être éloignées entre elles, au moins dans la proportion de leur extensibilité, par l'accumulation des matières stercorales. On peut donc amener, sans effort, jsuqu'à la plaie de la ligne blanche, et au dehors, s'il le fallait, la paroi antérieure de cet intestin, au point de couper au grand jour la paroi postérieure du fond du vagin. Cette dissection peut être faite de bas en haut, de manière à séparer l'intestin sans risquer de le blesser, et à pouvoir lier aussi immédiatement les vaisseaux qui se trouveraient compris dans la coupe. »

M. Delpech assure que ce procédé a été appliqué de tout point sur le cadavre, aussi souvent qu'il l'a entrepris, et que la vessie et le rectum se sont trouvés parfaitement exempts de toute lésion. L'opération achevée, il reste entre la vessie et le rectum, à la place qu'occupait l'utérus, un espace circulaire très-régulier. Il importe en outre de fermer la plaie hypogastrique par la coaptation de l'opercule cutané réservé dans cette intention, et de soutenir cette région du ventre par un bandage assez serré, et, d'un autre côté, de fermer la voie sous-pubienne par l'introductiou d'une éponge humide qui doit rester en place pendant les quatre ou cinq premiers jours.

Animaux infusoires. — M. de Humboldt présente plusieurs ouvrages d'un grand intérêt, et entre autres un traité de M. Ehrenberg, *sur l'organisation et la classification des animaux infusoires.* L'auteur a porté la connaissance de ces animaux microscopiques beaucoup plus loin qu'on ne l'avait fait avant lui. Par des moyens d'investigation qui lui sont propres, il est parvenu à pouvoir étudier leur organisation interne, et il a reconnu qu'elle était à-la-fois très-variée et très-compliquée. Tous les infusoires ont une bouche et des organe de nutrition, quelquefois même quatre estomacs; tous ont des moyens de saisir la proie solide dont ils se nourrissent. Leur système musculaire et leur système nerveux sont l'un et l'autre très-compliqués.

Pour faciliter ses observations, M. Ehrenberg a eu l'ingénieuse idée de nourrir les infusoires avec de l'indigo et du carmin. L'effet de cette nourriture a été sur ces animaux, comme elle l'est sur ceux des classes supérieures, de déterminer la coloration en bleu ou en rouge des parties internes qui sont devenues ainsi bien plus faciles à observer. La classification des infusoires a été totalement changée par

M. Ehrenberg. La plupart des groupes étaient mal établis. On avait fait quelquefois deux espèces du même animal, parce qu'on l'avait vu tantôt à jeûn, tantôt après son repas. Aujourd'hui on connaît 113 espèces d'infusoires, dont 82 appartiennent à l'Asie; les deux tiers de ces dernières sont communes à l'Europe. Une particularité remarquable, c'est que la rosée recueillie dans l'Afrique centrale ne contient pas d'infusoires, tandis que celle qu'on recueille dans les autres parties du monde en fournit toujours un nombre plus ou moins considérable. — Le résultat des observations de M. Ehrenberg est consigné dans huit planches très-bien exécutées.

Séance du 18 octobre. — Populations européennes. — M. Moreau de Jonnès lit un mémoire intitulé : *Aperçu statistique de la division des populations européennes en diverses séries, suivant les âges des individus qui les composent.* L'auteur examine successivement dans quel rapport se trouve chaque série relativement à la population générale, en comparant pour les résultats les diverses nations européennes entre elles. Il résulte de ses diverses observations que, relativement à la population, l'Irlande est le pays où il existe le plus d'enfans, puisqu'ils sont dans la proportion de un sur deux, tandis qu'en France ils ne sont que dans la proportion de un sur trois, et à Paris en particulier dans celle de un sur quatre. Jusqu'à cinq ans, les enfans sont dans la proportion, en Irlande, de un sur cinq; à Londres, de un sur sept; en France, de un sur huit, et à Paris, de un sur quatorze. De 20 à 30 ans, la proportion se rétablit presque partout; c'est l'époque de la vie où l'homme résiste le plus à la destruction, et cette série forme presque partout le sixième de la population; à Paris, elle forme le cinquième. De 30 à 40 ans, l'inégalité recommence; en France et en Suède, cette série est à la population générale comme un est à sept, en Angleterre et en Écosse comme un est à huit. De 40 à 50 ans, cette série est en France le huitième, et en Angleterre le neuvième. De 50 à 60, cette série est représentée en France par un sur onze, et en Angleterre par un sur sur quinze. De 60 à 80 ans, l'avantage est toujours pour la France ; les vieillards jusqu'à cet âge y sont plus nombreux qu'en Angleterre; mais, passé ce période de la vie, l'avantage cesse d'être pour la France, et l'Angleterre possède plus de vieillards nonagénaires et centenaires. De 60 à 70 ans, les hommes de cette période de la vie sont doubles à Paris de ceux qui existent à Londres; tandis que Londres possède six fois autant que Paris d'individus de 90 à 100 ans. Enfin, M. Moreau de Jonnès démontre que la population active de 15 à 60 ans est, en France, des deux tiers des individus, tandis qu'elle n'est, dans tous les autres pays, que de moitié. Pour ce résultat, il établit que la France, à population égale, peut mettre sur pied un huitième de plus d'hommes de guerre que l'Angleterre.

VARIÉTÉS.

Ordonnance du Roi relative à la réorganisation de la Faculté de Médecine de Paris.

Vu la loi du 14 frimaire an 3, qui établit les trois écoles de santé de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, devenues Facultés de Médecine, par le décret du 17 mars 1808;

Vu le réglement du 14 messidor an 4 qui organise celle de Paris;

Vu la loi du 11 floréal an 10, art. 4, qui ordonne que les Écoles spéciales seront maintenues sans préjudice des modifications que le gouvernement croira devoir déterminer pour l'économie et le bien du service;

Vu le décret du 17 mars 1808; art. 79, portant que le Conseil de l'Université pourra seul infliger aux membres de ce corps les peines de la réforme et de la radiation, après l'instruction et l'examen des délits qui emportent la condamnation à ces peines;

Vu l'ordonnance du 21 novembre 1822, qui supprime la Faculté de médecine de l'Académie de Paris, et celle du 2 février 1823, qui nomme les professeurs de la nouvelle Faculté;

Sur le rapport de notre ministre secrétaire-d'état au département de l'instruction publique et des cultes;

Considérant que l'ordonnance du 21 novembre 1822 a supprimé une école spéciale établie et maintenue par plusieurs lois, et qu'il est résulté de celle du 2 février 1823 que plusieurs professeurs ont perdu leurs chaires sans jugement;

Nons avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

Art. 1.er L'ordonnance du 21 novembre 1822, qui supprime la Faculté de médecine de l'Académie de Paris, et celle du 2 février 1823, qui nomme les professeurs de la nouvelle Faculté, sont révoquées.

2. Seront réintégrés dans la Faculté de médecine les professeurs qui avaient été éliminés par suite de l'ordonnance du 2 février. Demeureront membres de la Faculté les professeurs nommés antérieurement à l'ordonnance et qui n'avaient pas été éliminés, ainsi que ceux qui, postérieurement à ladite ordonnance, ont été nommés dans les formes établies et à des places régulièrement vacantes;

3. Notre conseil de l'instruction publique répartira l'enseignement entre les professeurs de manière à ce que chacun d'eux soit chargé d'un cours déterminé.

4. Les chaires devenues vacantes par suite de la présente ordonnance et celles qui le deviendront par démission, permutation ou décès, seront données au concours.

5. Le privilége réservé aux agrégés par l'art. 4 de l'ordonnance du 2 février 1823, portant organisation de la Faculté de médecine, est aboli. Seront admissibles au concours les docteurs en médecine ou en chirurgie âgés de 25 ans accomplis.

6. Notre ministre de l'instruction publique et des cultes nous fera incessamment un rapport sur les améliorations que l'enseignement et l'organisation des Facultés et des écoles secondaires de médecine pourraient réclamer, pour répondre aux progrès de la science et aux besoins de la société.

7. Notre ministre secrétaire-d'état au département de l'instruction publique et des cultes, président du conseil-d'état, est chargé de l'exécution de la présente ordonnance.

Fait à Paris, le 5 octobre 1830.

Cette ordonnance et le rapport qui la précède ont été l'objet de vives censures. A voir la résistance et l'hésitation apportées par l'autorité à accéder aux vœux et aux besoins actuels de l'enseignement dans la Faculté de Paris, on devait s'attendre qu'elle n'entrerait pas franchement dans la voie des réparations et des améliorations qu'on avait lieu d'espérer dans notre nouvelle ère de régénération politique. C'est ce qui est en effet arrivé. On voit dans le rapport de M. de Broglie que ce ministre lutte continuellement contre les exigeances de l'époque, et qu'il ne fait que les concessions qu'il ne pouvait lui refuser. Aussi s'y trouvent-elles entremêlées de tâtonnemens, de restrictions et demi-mesures. Ce rapport est en contradiction sur beaucoup de points avec celui de la Commission que le ministre avait formée pour préparer son travail (1), et qui a rempli sa tâche avec une indépendance de vue dont on doit lui savoir gré. Espérons que le successeur prochain de M. le ministre de l'Instruction publique, éclairé par les discussions et les nombreuses réclamations qu'a suscitées le rapport de M. de Broglie, réparera les fautes de son prédécesseur.

---

(1) Rapport de la Commission chargée par M. le ministre de l'Instruction publique, de l'examen préparatoire de toutes les questions relatives à l'organisation de la Faculté de Médecine de Paris; par M. Guérin, rapporteur. Paris, 1830, in-4, 46 pag. — La rédaction de ce rapport fait beaucoup d'honneur à M. J. Guérin.

Quelques mots de réponse à M. Cayol.

M. Cayol a publié, il y a à peu près six semaines, sur la réorganisation de la Faculté de médecine de Paris, une brochure dont il a envoyé deux exemplaires au bureau des Archives ; j'en ai fait la matière de quelques réflexions qui n'ont pas plu à l'auteur. Je m'y attendais, et je m'en souciais assez peu. M. Cayol s'attendait aussi, dit-il, à ce que dans les *Archives* on ne trouverait rien qui vaille à ses réflexions ; malgré cela, il a cru devoir me répondre, après avoir reproduit son œuvre dans le numéro dernier de la *Revue*. Si ce n'eût été une circonstance particulière, je me serais contenté, pour toute réponse à la réponse de M. Cayol, de le renvoyer au rapport de M. de Broglie. Mais l'article où était critiquée la brochure en question, n'était pas signé ; et assez souvent, en effet, j'omets de mettre mon nom aux divers articles qui, par leur couleur en quelque sorte politique, appartiennent à la rédaction générale du journal, et dont la responsabilité porte uniquement sur le rédacteur principal, qu'il en soit ou non l'auteur. M. Cayol, qui savait fort bien cela, a pris prétexte de cette omission pour répandre agréablement l'invective sur la personne inconnue qui, dit-il, s'intitule *les Archives*.

C'est à l'aide de cette ingénieuse fiction, soutenue de toute la franchise d'Escobar et de toute la grace et la légèreté de Basile, que M. Cayol, altérant le sens de mes phrases ou de mes expressions, me poursuit d'une foule de traits d'esprit et d'une poignante ironie. « Il vous plaît de dire, s'écrie M. Cayol en un endroit, que telle proposition ou tel raisonnement est *pitoyable* : cela peut être, mais s'il se trouvait par hasard, vérification faite, que vous fussiez vous-même un homme *pitoyable*, hors d'état de porter un bon jugement (je puis faire cette supposition sans blesser la politesse tant que vous garderez l'anonyme), il est clair que l'injure tomberait d'elle-même, ou deviendrait même un éloge selon le cas. » N'admirez-vous pas là finesse de l'argument, la délicatesse et l'acuité du sarcasme ! M. Cayol est vraiment un homme très-dangereux. Quelqu'envie que j'aurais de faire connaître toutes les gentillesses du même goût dont M. Cayol sait orner sa polémique, je me bornerai au petit échantillon que j'ai donné. M. Cayol termine en demandant : Qu'est-ce en réalité que cette personne qui s'intitule les *Archives*, et qui s'érige en juge de notre conduite et de nos devoirs ?

« *Son âge, son état, son habit, sa façon.* »

Je ne sais si en mettant mon nom au bas de cet article je satisferai à toutes les demandes de M. Cayol ; mais en attendant je le

préviens qu'il y a eu de sa part quelqu'imprudence à m'adresser de semblables questions, et j'aurai la modération de ne pas profiter de l'avantage qu'il me serait si facile de prendre, en retournant l'habit bien connu de M. Cayol, et en rappelant surtout quelle est sa façon.

RAIGE-DELORME.

Monstruosité par inclusion.

M. Lesauvage, de Caen, nous a adressé une réclamation au sujet de l'article inséré dans le numéro du mois d'août dernier, relatif à son *Mémoire sur les monstruosités par inclusion, etc.* Notre confrère se plaint de ce que l'auteur de l'article, M. Ollivier, n'a donné qu'une idée incomplète et inexacte de la théorie qu'il expose dans son mémoire. Il est vrai que M. Ollivier n'a présenté qu'un résumé succinct de l'opinion de M. Lesauvage, mais ce résumé nous avait paru suffisant pour tout lecteur qui n'est pas étranger à l'étude de l'embryologie. Nous devons ajouter qu'un article bibliographique ne comportait guères un plus long exposé sur un point purement théorique. 2.° M. Lesauvage nie avoir dit dans son mémoire que la membrane érythroïde fut une *vésicule*; mais M. Pockels, sur les recherches duquel M. Lesauvage fonde sa théorie, n'a pas décrit une *membrane* érithroïde, mais bien une *vésicule* érithroïde (*Archiv. gén. de Méd.*, tom. XII, p. 283 et suiv.); 3.° M. Ollivier a avancé que Pockels est jusqu'à présent le seul à avoir vu cette vésicule, et M. Lesauvage regarde cette assertion comme inexacte; suivant lui, Meckel, Béclard et d'autres auteurs l'auraient fait connaître, et Béclard dirait positivement qu'elle se porte entre le chorion et l'amnios. Nous ne pensons pas que ces anatomistes aient rien décrit de semblable, et il est positif qu'ils ne parlent que de la vésicule ombilicale et de l'allantoïde. 4.° Une dernière inexactitude que notre confrère reproche à M. Ollivier consiste en ce que ce dernier lui fait dire que la pénétration d'un embryon dans un autre résulte de l'adhérence du premier à la vésicule érithroïde du second, et du retrait consécutif de cette vésicule dans l'embryon régulier: en effet, ce n'est pas ce qu'a écrit M. Lesauvage qui attribue le phénomène dont il s'agit à la réunion des érithroïdes de deux germes contenus dans un seul ovule. Nous ne nous établissons pas juge dans ce débat, mais nous concevons qu'on puisse comprendre de deux manières différentes une explication physiologique basée sur les faits publiés par M. Pockels, car il règne dans l'exposé des recherches de cet anatomiste une obscurité et une ambiguité bien propres à en infirmer l'exactitude.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionaire, et sur leur application à la pathologie; par J. L. Brachet, *membre de plusieurs Sociétés savantes. Paris*, 1830. *In*-8.° *de* 447 *pages. Chez Gabon.*

Malgré les travaux de quelques physiologistes modernes, les fonctions du système nerveux ganglionaire sont encore enveloppées d'une grande obscurité. Nous devons donc accueillir avec empressement les ouvrages qui peuvent jeter quelque jour sur ce point de physiologie, et alors même que M. Brachet n'aurait pas complètement réussi dans la tâche difficile qu'il s'était imposée, il mériterait encore des éloges pour avoir cherché à remplacer des idées hypothétiques par des connaissances positives. Dès 1823, l'auteur jeta les premières bases de son travail, qui, plus riche de faits et d'expériences poursuivies avec autant de sagacité que de persévérance, obtint en 1826 le prix de physiologie fondé par M. de Monthyon. Pour arriver au but qu'il s'était proposé, M. Brachet a procédé par voie d'expérimention directe, en s'aidant, aussi souvent qu'il l'a pu, des lois de l'analogie et des faits fournis par l'anatomie pathologique. L'espace qui nous est accordé ne nous permet pas de donner à cette analyse toute l'étendue que mériterait l'ouvrage qui en est l'objet, mais nous tâcherons cependant d'entrer dans assez de détails pour montrer toute son importance, et faire entrevoir les nombreuses applications qu'on en peut faire à la pathologie. L'auteur étudie l'influence du système nerveux ganglionaire sur les principales fonctions de l'économie; nous le suivrons dans chacune de ses divisions.

1.° *Sur l'action du cœur.* — Le cœur recevant ses nerfs du plexus cardiaque, qui est formé des filets nerveux que lui fournissent le pneumo-gastrique et le grand sympathique, il fallait déterminer quelle est l'influence de chacune de ces espèces de nerfs sur cet organe : pour cela, M. Brachet non-seulement a agi sur la huitième paire et le nerf ganglionaire, mais encore sur le cerveau et la moelle épinière. Des expériences qu'il a faites, il conclut que le cœur ne reçoit aucune influence directe du cerveau, de la moelle épinière et des pneumo-gastriques. Ainsi il a détruit ensemble ou séparément le cerveau, le cervelet, la protubérance annulaire, la queue de la moelle alongée, la moelle épinière, et les battemens du cœur ont continué, ce dont il s'est assuré en coupant un des membres de l'ani-

mal sujet de l'expérience : l'artère principale a fourni du sang par saccades. Non content de ces preuves, il en cherche de nouvelles dans la pathologie; il rappelle ce que l'on observe chez les décapités, et cite les acéphales. Quant à l'action supposée de la moelle épinière, il invoque contre elle les cas nombreux d'anencéphalies rapportés par les auteurs, et s'appuie encore des lois de l'organogénie, disant que puisque la formation du cœur est antérieure à celle de la moelle épinière, il serait absurde de vouloir établir l'influence d'un organe qui n'existe pas encore, sur un organe qui est déjà développé. En procédant par voie d'exclusion, on pourrait dès à présent conclure que les contractions du cœur sont sous l'influence du grand sympathique, mais il fallait le prouver d'une manière directe, et M. Brachet a tenté à ce sujet, sur les nerfs ganglionaires, plusieurs expériences qui ont eu le résultat qu'on en devait attendre, c'est-à-dire, que le cœur a cessé de se contracter aussitôt que l'expérimentateur eût fait la section de tous les filets nerveux qui partent des ganglions cervicaux inférieurs et des plexus cardiaques.

2.° *Sur les poumons*. — Considérés sous le rapport de la respiration, les poumons présentent trois grands phénomènes à étudier : 1.° le besoin de respirer; 2.° les mouvemens mécaniques de la respiration; 3.° les changemens chimiques du sang. L'auteur établit que les nerfs pneumo-gastriques sont les organes sensitifs qui reçoivent l'impression du besoin de respirer, et la transmettent au cerveau. Le trisplanchnique n'y est pour rien. A l'appui de ses expériences, il cite encore les acéphales qui périssent parce qu'ils ne ressentent pas le besoin de respirer, et il ajoute que, chez tous ceux qui ont vécu, la portion de la moelle alongée à laquelle vient aboutir le nerf vague, existait constamment. Legallois et M. Lallemand avaient déjà fait cette remarque. Il confirme ensuite l'opinion de Legallois, qui avait dit qu'après la section des deux paires vagues l'animal mourait par asphyxie, mais il ajoute que cette asphyxie n'est pas due, comme le pensaient quelques physiologistes, à ce que l'air ne peut plus revivifier le sang, mais à cette circonstance qu'il s'accumule dans les bronches un fluide séreux et quelquefois sanguinolent qui intercepte le passage de l'air. En effet, il résulte de ces expériences, qu'après la section des deux pneumo-gastriques, la muqueuse pulmonaire ne peut plus transmettre au cerveau l'impression du liquide qui s'accumule, ni la couche musculeuse, qu'il admet d'après de Reisseissen, se contracter, pour l'expulser à mesure qu'il est sécrété. Il part de ces données et de ce résultat, pour expliquer un catarrhe particulier aux vieillards, dans lequel l'expectoration est souvent impossible et toujours difficile, et qu'il regarde comme sympathique d'une affection cérébrale;

l'état de la respiration dans certains cas d'hydrocéphalite, surtout quand elle affecte la base du crâne; le râle qui s'observe presque toujours vers la fin de la vie, etc., etc. Avant de chercher à déterminer, par la voie expérimentale, sous quelle influence nerveuse l'hématose s'opère, M. Brachet rappelle l'explication qui a été donnée de cette fonction par les chimistes, et émet cette hypothèse, savoir que l'air ou l'oxygène n'agit pas directement sur le sang noir pour le changer en artériel, mais qu'il se combine avec les mucosités bronchiques, qui vont ensuite par voie d'absorption agir sur le sang. Il nous semble que cette explication n'est guère admissible, car si les choses se passaient comme il le prétend, on ne verrait pas, dans les cas d'insufflation pulmonaire ou d'opération de trachéotomie, l'action de l'air introduit, et ce pour ainsi dire instantané, ce qui résulte des expériences mêmes de l'auteur. Ajoutons qu'en proposant cette explication, il n'a pas remarqué que, si elle était vraie, elle détruirait ce qu'il a dit précédemment sur la cause de l'asphyxie, après la section de la huitième paire; et bien plus, cette asphyxie ne devrait pas avoir lieu, puisqu'il prouve ailleurs que les sécrétions et l'absorption sont sous l'influence des nerfs ganglionaires. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, M. Brachet arrive, par voie d'expérimentation, à ce résultat que la huitième paire, et par conséquent le système cérébro-spinal, n'a aucune action directe sur l'hématose, et que cette fonction est entièrement du ressort du grand sympathique. Ainsi après avoir fait la section des deux nerfs vagues et mis à découvert l'artère carotide, il a vu cette dernière présenter alternativement une couleur vermeille ou une couleur foncée, selon qu'il laissait ou non l'air pénétrer dans la trachée. Il s'appuie encore des expériences de M. Provençal, qu'il a répétées avec le même résultat que ce physiologiste : c'est-à-dire, qu'après avoir coupé à des animaux les nerfs pneumo-gastriques et les avoir placés sous l'appareil pneumatique, il a recueilli les produits de la respiration, et a retrouvé, dans l'air respiré par ces animaux, les mêmes altérations que dans l'air respiré par des animaux sains.

3.° *Sur l'estomac, les intestins, la vessie.* — Nous réunissons dans un même article tout ce qui a trait à ces divers organes, parce que leurs fonctions ont entr'elles la plus grande analogie, et qu'ils reçoivent tous la même influence des deux ordres de nerfs; ainsi, dans tous c'est le grand sympathique qui préside à l'exhalation, à la sécrétion et à l'absorption; et la contraction de leurs fibres musculaires, la sensation de la faim, du besoin d'uriner et de la défécation, sont sous la dépendance du système nerveux cérébro-spinal.

4.° *Sur les organes de la génération.* — Chez l'homme la sécrétion du sperme est sous l'influence des nerfs ganglionaires. M Brachet le

prouve par des expériences directes, et par l'observation d'un individu qui, atteint de paraplégie complète, n'en eut pas moins deux enfans. Chez lui, sécrétion, érection, éjaculation, tout s'exécutait convenablement, mais il ne ressentait aucun plaisir. La section de la moëlle épinière à la région lombaire n'empêche pas la conception, elle est donc dépendante du grand sympathique. Pour appuyer les expériences qu'il a faites à ce sujet, l'auteur rapporte qu'il a connu une dame déjà mère de trois enfans, et qui devint paraplégique; la perte de la sensibilité était complète jusques au-dessus du pubis; la sensation du coït était anéantie, et cependant elle devint mère pour la quatrième fois. N'ayant pu faire d'expériences directes, il pense que l'œuf est le produit d'une sécrétion, et il conclut, par analogie, qu'il doit sa formation au système ganglionaire. Les contractions utérines sont sous la dépendance du système cérébro-spinal. Il cite comme confirmant ses expériences, l'observation de cette dame dont nous venons de parler, et qui ne put acconcher seule. Ce fait, curieux sous plus d'un rapport, prouve également que la lésion de la moëlle épinière n'a pas empêché le produit de la conception de prendre tout son accroissement; donc la gestation n'est pas sous la dépendance de ce centre nerveux; les vivisections conduisent encore à cette conclusion.

5.° *Sur les Sécrétions*. — Les résultats obtenus dans les expériences entreprises dans un autre but, avaient déjà prouvé à l'auteur que les sécrétions ne dépendaient point du système nerveux cérébro-spinal; ainsi sa destruction entière ou partielle n'a point empêché la sécrétion des fluides bronchiques, intestinaux et spermatiques. Des expériences tentées sur les reins ont mis hors de doute ce point de physiologie, et il en conclut, par analogie, que toutes les sécrétions dépendent de l'action des nerfs ganglionaires.

6.° *Sur les Sympathies*. — L'auteur définit d'abord ce qu'il entend par sympathie : puis reconnaissant que la sympathie est un acte, et que tous les actes chez les animaux s'exécutent sous l'influence des deux systêmes nerveux, il pose en principe que les sympathies ne peuvent pas reconnaître d'autre agent de transmission. En même temps qu'il démontre cette vérité, aujourd'hui presque généralement reconnue, il détruit par les mêmes expériences la doctrine de Haller et de quelques physiologistes modernes qui admettent des sympathies par continuité de tissu (Voy. Cap. CXXI. à CXXVIII.) Cette influence qu'exercent ensemble ou séparément sur les sympathies les deux systêmes nerveux, sert de base à sa classification. Ainsi il admet 1.° Les sympathies cérébrales. 2.° Les sympathies ganglionaires; 3.° Les sympathies mixtes, qui résultent de l'action combinée des deux systêmes nerveux, et qu'il distingue en sympathies cérébro-ganglionaires,

et en sympathies ganglio-cérébrales, selon que la transmission s'opère du système nerveux cérébral au ganglionaire, ou du système ganglionaire au cérébral. Cette manière d'envisager ou de décider les sympathies n'appartient point à M. Brachet. Nous la trouvons consignée dans un thèse soutenue à Paris en 1820. (*Recherches physiologiques sur les fonctions du système nerveux des ganglions*, par Ch. Jos. Daquin, N.° 106, page 29.) Cette partie du travail de l'auteur est susceptible d'applications aussi nombreuses qu'importantes à la pathologie, et il y émet des idées qui satisfont l'esprit, sur quelques phénomènes sympathiques qui jusqu'à présent avaient semblé devoir échapper à toute explication. Pour exemple, nous citerons cette douleur qu'éprouvent à l'épaule droite un grand nombre de malades atteints d'hépatite. Combien ne varient pas les auteurs sur l'explication et la valeur de ce symptôme !

7.° *Sur la vision et les passions.* — Ayant déjà peut-être dépassé les bornes d'une simple analyse, nous nous bornerons, relativement à l'influence du nerf sympathique sur la vision et les passions, à dire que l'auteur admet que le système nerveux ganglionaire est l'agent, 1.° des mouvemens de l'iris; 2.° des actes de nutrition, de circulation et de sécrétion de l'appareil de la vision; et que, d'après l'observation et quelques expériences, il place dans le cerveau le siège des passions, sans toutefois admettre l'impassibilité absolue du système ganglionaire, puisque, influencé par l'encéphale, il réagit sur les autres organes et y détermine des actes soumis à son influence, et qu'à son tour il réfléchit sur le cerveau les impressions plus ou moins pénibles qu'il reçoit dans les viscères splanchniques.

Ici finit notre tâche : nous avons dû nous borner à exposer les résultats généraux obtenus par M. Brachet, sans chercher à discuter la valeur de ses nombreuses expériences, car pour le faire avec quelque avantage, il eût fallu les répéter en totalité ou en partie, et nous n'en avions ni le temps ni les moyens; mais nous désirons vivement que quelques physiologistes entreprennent ce travail, non que nous veuillons mettre en doute l'esprit d'observation et surtout la bonne foi de M. Brachet, mais uniquement parce que les résultats auxquels il est parvenu pouvant être de la plus haute importance en médecine, et contredisant en physiologie beaucoup d'idées généralement admises, il convient de les entourer du plus de lumière possible, et on ne saurait nier que quand plusieurs expérimentateurs arrivent au même but par les mêmes moyens, ou en suivant une marche différente, leurs travaux ne se prêtent un mutuel appui, et n'acquièrent un degré de certitude tel que le doute n'est plus permis.

Traité pratique sur les maladies des yeux, ou Leçons données à l'infirmerie ophthalmique de Londres, en 1825 et 1826, sur l'ana-

tomie, la physiologie et la pathologie des yeux; par le docteur W. Lawrence; *traduit de l'anglais avec des notes et un précis de l'anatomie pathologique de l'œil; par le docteur* C. Billard, *(d'Angers), membre de plusieurs Sociétés savantes. Paris,* 1830; *in-8.*° xvj-499 *pp. chez Baillière.*

Au milieu du grand nombre d'ouvrages de médecine qui se publient chaque jour en France, à peine voit-on paraître quelques brochures sur la pathologie oculaire; et si l'on consulte les bibliographies ophthalmologiques, on voit également que notre pays est jusqu'à présent le moins riche en travaux importans sur cette matière. Cette différence résulte évidemment, abstraction faite des causes qui rendent les maladies des yeux plus fréquentes dans telle contrée que dans telle autre, de ce que cette branche de l'art de guérir, mieux appréciée chez nos voisins, y est généralement plus étudiée, et encouragée d'une manière spéciale. Ainsi, dans la plupart des universités d'Allemagne, d'Italie et d'Angleterre, il existe des chaires pour l'enseignement de cette partie intéressante de la pathologie, et même des hôpitaux destinés exclusivement aux maladies des yeux. Telle est entre autres l'infirmerie ophthalmique de Londres, dans laquelle on observe et on traite près de quatre mille malades chaque année. C'est à cette clinique nombreuse et variée que M. Lawrence a puisé les matériaux des leçons dont nous annonçons la traduction; pénétré des principes de l'école allemande et de l'école italienne, il s'est attaché à en apprécier la valeur au lit des malades. Le jugement qu'il porte sur les diverses méthodes curatives qu'on a suivies annonce dans l'auteur un grand talent d'observation et une expérience longue et éclairée. M. Lawrence a négligé avec raison ces divisions et subdivisions scholastiques adoptées par l'école de Beer, et il a singulièrement simplifié la classification des maladies ophthalmiques; il a surtout apporté dans leur traitement des améliorations nombreuses, qui attestent l'influence avantageuse qu'exercent chez nos voisins les progrès de la médecine en France. Sous ce rapport, l'ouvrage de M. Lawrence ne peut manquer d'être très-profitable aux praticiens, et d'offrir un guide sûr aux élèves. Dire que l'ouvrage est essentiellement utile, c'est féliciter le traducteur d'avoir enrichi notre langue d'un livre qu'on citera toujours parmi les écrits classiques sur cette branche de l'art de guérir. M. Billard n'a pas seulement ajouté des notes intéressantes aux leçons du professeur anglais, il y a joint encore, comme complément, un *précis de l'anatomie pathologique de l'œil*, dans lequel on trouve une immense collection de faits. Ce travail est le fruit de recherches laborieuses, dont l'intérêt est augmenté par les réflexions critiques et les développemens que M. Billard y a rattachés.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

NOVEMBRE 1830.

Mémoire anatomique sur plusieurs fœtus humains monstrueux; par M. Hénot, *docteur en médecine, chirurgien-major démonstrateur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, membre de la Société des Sciences médicales du département de la Moselle.*

Les anciens médecins, ainsi que le vulgaire, avaient des idées erronées et superstitieuses sur les fœtus monstrueux, qui apparaissent de temps en temps, par suite des anomalies d'organisation. Ils regardaient ces fœtus comme des prodiges, se contentaient de les classer parmi les êtres bizarres, les comparaient à des animaux inférieurs, et attribuaient leur développement à des causes surnaturelles.

Bonnet est le premier anatomiste qui ait envisagé cette partie de l'histoire naturelle du fœtus sous un point de vue philosophique : il divisa les fœtus monstrueux en quatre classes; d'après cette classification, les uns possèdent dans leur organisation des parties en excès, les autres sont dépourvus de quelques organes ordinaires; quelques-uns présentent des variétés de structure; les derniers, enfin, offrent des modifications dans la situation des par-

ties. Buffon, Blumenbach et Meckel ont adopté cet ordre systématique, qui est encore suivi aujourd'hui : ce dernier y a ajouté une classe particulière pour les hermaphrodites.

Morgagni et Haller soumirent à une judicieuse critique et étudièrent d'une manière scientifique les monstres humains.

Les anatomistes allemands, dont on ne saurait trop apprécier les travaux, ont rassemblé avec ordre et méthode une foule de faits et de matériaux précieux, sur cet objet d'embryologie : Meckel, Soemmering, Treviranus, Tiedmann et Gall, se placent à leur tête.

En France, Chaussier, Béclard, MM. Serres, Breschet, Ollivier d'Angers, et surtout le savant Geoffroy St.-Hilaire, ont puissamment contribué par leurs recherches à agrandir le champ de nos connaissances sur ce point important.

Dans l'espace d'un siècle environ, les observateurs ont renversé les préjugés absurdes qui régnaient dans tous les esprits concernant les monstres humains. Après les avoir classés d'une manière méthodique, ils ont créé une théorie des monstruosités si vaste et si lumineuse, qu'on peut expliquer par elle, non-seulement leur mode de formation, mais encore soumettre ces anomalies à des calculs positifs. On aurait lieu de s'étonner des progrès rapides qu'a faits cette branche de l'histoire du fœtus, si on ne savait avec quelle certitude marchent les connaissances physiologiques et médicales, quand elles s'appuyent sur l'anatomie.

Ces anatomistes habiles, doués à un haut degré d'esprit de sagacité comparative indispensable pour généraliser les découvertes, ont établi plusieurs lois importantes de l'organisation humaine, d'où découlent des conséquences fécondes et utiles pour l'embryogénie. Ainsi, Meckel a prouvé qu'un grand nombre des monstruosités résultent d'une sorte d'arrêt dans l'évolution des organes, pendant le cours de la vie

intra-utérine, défaut de développement qui fait que les organes ainsi conformés présentent l'état normal et stationnaire des êtres inférieurs. Cette loi, fondée sur l'unité de composition organique pour tous les êtres, a été développée d'une manière ingénieuse par M. Geoffroy St.-Hilaire; une polémique scientifique élevée récemment entre ce naturaliste et son illustre collègue M. Cuvier, a eu pour résultat de renfermer cette loi dans de justes limites.

Le même anatomiste allemand a démontré que les organes ou appareils d'organes auxquels se distribuent des nerfs du système cérébro-rachidien, sont en général ceux qui présentent les vices de conformation les moins fréquens; au contraire, les formes sont bien plus sujettes à varier dans les appareils organiques qui reçoivent spécialement leurs nerfs du système nerveux du trisplanchnique.

M. Geoffroy-St.-Hilaire a établi sur des faits assez nombreux cette autre loi, qu'il nomme loi de balancement des organes, en vertu de laquelle l'exubérance de nutrition d'un organe entraîne l'atrophie plus ou moins complète d'un autre organe, *et vice versà*.

M. Serres a constaté que les organes ne se développent pas du centre à la circonférence, par le rayonnement d'un noyau central, comme on le pensait généralement, mais qu'ils se développent au contraire de la periphérie au centre, vers la ligne médiane; ainsi les organes sont primitivement doubles; des sutures ou raphés indiquent par fois cette réunion centrale, pendant toute la vie. Enfin, les organes dans lesquels on observe en plus grand nombre des imperfections de développement, sont ceux dont l'évolution complète est la plus tardive, et de plus, chacune des imperfections que présente un organe répond exactement aux diverses phases de son développement.

L'histoire des monstruosités appartient donc à l'anatomie et à la physiologie, puisqu'il est démontré par les

travaux des modernes que le plus grand nombre de ces cas tient aux lois que nous venons de rappeler. Il est rare qu'il faille admettre l'existence d'une maladie du fœtus pour les expliquer, excepté pour quelques monstruosités par défaut, telles que l'anencéphalie, l'hydrocéphalie, etc.

Ces lois de l'organisation humaine sont d'une application importante pour l'étude des monstruosités; toutefois, il faut avouer qu'elles sont encore incomplètes, qu'elles ont besoin d'être développées et étendues par des travaux ultérieurs, pour expliquer plusieurs problêmes de l'embryogénie qui restent à résoudre. Pour arriver à ce but, il faut recueillir avec soin tous les faits qui se rattachent à l'organisation des fœtus monstrueux, et les exposer avec détail. Beaucoup d'observations particulières ont été jusqu'alors tracées avec trop de laconisme ou de négligence, elles surchargent les annales de la science sans l'enrichir.

On peut s'exposer à présenter des faits déjà connus, mais alors ils servent à consacrer des antécédens, à aggrandir les bases de l'observation : il peut arriver aussi que l'on rencontre des cas rares, isolés, inexplicables, mais qui par la suite, seront utilement interprétés. L'occasion m'ayant été offerte d'examiner plusieurs fœtus humains monstrueux, je vais exposer mes recherches dans l'ordre où je les ai faites, en y ajoutant quelques réflexions.

Dans l'année 1827, un fœtus monstrueux, qui paraissait âgé de 8 à 9 mois, fut déposé à l'amphithéâtre (1) : l'exploration anatomique qui en fut faite présenta les particularités suivantes :

(1) Ce fœtus et les suivans sont conservés dans le cabinet anatomique de l'hôpital militaire d'instruction de Metz : ils y ont été envoyés par M. Morlanne, professeur d'accouchemens, qui saisit toujours avec empressement les occasions de fournir des matériaux à l'étude.

1.° *Habitude extérieure et appareil de la locomotion :*

La tête est bien conformée et présente le volume et le développement ordinaires à l'époque de la vie intra-utérine à laquelle le sujet est parvenu ; les organes centraux du système nerveux et les appareils des sens qu'elle renferme, paraissent jouir de leur organisation régulière.

L'abdomen présente une éventration considérable ; il y a absence des parois molles de cette cavité en avant et sur la partie latérale droite ; la partie latérale gauche inférieure présente l'exstrophie de la vessie et une portion de sa cavité : les viscères digestifs font hernie par cette éventration ; les parois de l'abdomen sont suppléées, dans l'endroit où elles manquent, par l'épanouissement du feuillet séreux de l'amnios qui enveloppe le cordon ombilical. Ce cordon est fort court ; la gaîne séreuse se dilate au pourtour de l'ombilic, pour embrasser les parties herniées et leur fournir un véritable sac. Il résulte de cette disposition que le cordon ombilical, ses membranes et le placenta font partie de cette monstruosité.

La colonne vertébrale présente la conformation ordinaire, dans les régions cervicale et dorsale ; mais à la région lombaire, elle s'infléchit à angle droit, de droite à gauche, et éprouve en même temps une torsion qui dirige en bas sa face antérieure, ainsi que le sacrum qui la termine.

Le bassin, par suite de ses articulations avec la colonne vertébrale, offre une disposition vicieuse qui résulte de la déviation de celle-ci. Il est placé transversalement de droite à gauche. L'os coxal droit est inférieur, le gauche supérieur, l'inflexion et la torsion de la portion lombaire du rachis et du sacrum font que la cavité pelvienne, au lieu d'être dirigée en avant, l'est au contraire en bas et à droite ; les os pubis manquent d'ailleurs entiè-

rement : défaut de développement qui coïncide avec l'atrophie. Les membres inférieurs affectent une direction qui dépend de celle du bassin; ainsi, le membre abdominal gauche, articulé de la manière ordinaire avec l'os coxal correspondant, est cependant placé horizontalement de droite à gauche, et forme un angle droit avec le tronc.

Le membre abdominal droit, articulé de la même manière avec le bassin, est luxé d'avant en arrière et de droite à gauche, de telle sorte qu'il a subi dans sa totalité un changement complet de position; ainsi, la région poplitée, le mollet et le talon se trouvent en avant, opposés au genou et au coude-pied du membre gauche. Ces deux membres, placés l'un à côté de l'autre, sont cependant extensibles et flexibles en sens inverse. Le fémur seul du membre luxé a éprouvé un mouvement de rotation dans son articulation coxo-fémorale. Les muscles de la cuisse se trouvent d'ailleurs dans leur position respective.

2.° *Appareil digestif.*

L'estomac et la plus grande partie de l'intestin grèle sont dans l'état normal.

La partie inférieure de l'iléon plonge dans le petit bassin, et s'ouvre, d'une part, directement dans la vessie par la région latérale droite inférieure de ce viscère, et se continue, d'un autre côté, latéralement avec le gros intestin.

Le gros intestin se compose : 1.° d'un cœcum peu développé, sans bosselures, pourvu d'un appendice cœcal, situé dans le voisinage de la fosse iliaque interne droite, d'ailleurs à-peu-près flottant à cause du peu de profondeur du bassin.

2.° D'un cul-de-sac fort dilaté, ayant la forme d'un estomac, affectant la direction du colon ascendant qu'il représente : ce cul-de-sac se prolonge jusqu'au-dessous

du foie; cette portion incomplète du gros intestin est remplie par une grande quantité de méconium. Il y a donc ici absence du colon transverse, du colon descendant et du rectum; et le tube digestif, au lieu de se terminer à l'anus, s'ouvre dans la vessie.

Annexes du tube digestif. — Le foie présente son volume ordinaire : il recouvre la plus grande partie des viscères abdominaux et, de plus, le cul-de-sac du colon ascendant. Cet organe a plus d'étendue transversalement que dans son diamètre antéro-postérieur. Il est pourvu d'un appareil biliaire. Son bord antérieur est arrondi, épais, sans brisure.

La rate est petite, applatie, présente son grand diamètre verticalement : elle a quelque analogie avec celle du chien. Le pancréas est dans l'état normal.

3.° *Appareil urinaire.*

Il existe un seul rein, volumineux, situé dans le petit bassin entre l'os coccix et le sacrum du côté droit, rond, formant une masse uniforme, lisse, sans bosselures, dans laquelle on chercherait vainement la réunion de deux reins adossés. Cependant, ce rein unique est surmonté par deux capsules surrénales applaties, irrégulières, à bords frangés, placées dans la région lombaire de la colonne vertébrale, à laquelle elles sont fixées par des replis membraneux. De la partie antérieure et un peu interne de cette masse rénale, sort un uretère qui se porte obliquement en bas et en dedans, et va s'ouvrir dans la vessie, un peu au-dessus de l'ouverture de l'intestin iléon dans le même organe.

La vessie est vaste, forme un véritable cloaque dans lequel viennent s'ouvrir les canaux digestif et urinaire, ainsi que le rudiment de l'appareil génital. La paroi antérieure manque entièrement : elle est remplacée par une valvule circulaire qui se continue, en bas, avec la peau

du périnée : en haut, avec le feuillet séreux de l'amnios provenant du cordon ombilical.

Le cloaque vésical devait s'ouvrir directement dans la poche des membranes du fœtus.

4.° *Appareil génital.*

Il existe un périnée intact dans toute sa longueur, lequel ne présente aucune trace d'ouvertures vulvaire ou urétrale, ni aucun rudiment de pénis.

A la partie inférieure de la vessie, dans la portion qui représenterait son col, se trouve un canal qui se dirige obliquement, en haut et en arrière, vers la fosse iliaque droite, et qui se termine en cul-de-sac à la profondeur de quatre à six lignes environ. A l'entrée de ce canal, se présente une fongosité oblongue, mollasse, du volume d'un grain d'avoine : il n'existe d'ailleurs ni utérus, ni ovaires, ni aucune trace de testicules ; ce canal incomplet peut être considéré comme une dépendance de l'appareil urinaire, ou plutôt comme un vagin imparfait.

5.° *Appareils de la respiration et de la circulation.*

Le thorax est mal conformé; la cavité gauche de la poitrine est bien développée et pourvue d'une mamelle; la cavité droite est déprimée et applatie; le sternum se trouve d'ailleurs placé sur la ligne médiane; le poumon gauche est assez développé, il occupe seul presque toute la cavité pectorale, il est autant antérieur que gauche, il paraît perméable à l'air, ce qui ferait supposer que ce fœtus a respiré quelques instans; le poumon droit est refoulé en bas et en arrière, applati, comme ramifié et moulé en quelque sorte dans la cavité qui le contient.

Le cœur présente son volume ordinaire et sa structure normale, il occupe seulement la partie la plus déclive du thorax et correspond à l'épigastre du fœtus; il repose sur la membrane séreuse de la poitrine; car, par une disposition remarquable, il n'existe pas de diaphragme, et ce

muscle est remplacé par une double cloison séreuse qui sépare le thorax de l'abdomen, et qui est formée par l'adossement des feuillets pleural et péritonéal correspondans : cette anomalie rappelle la conformation naturelle des oiseaux.

Réflexions. Ce fœtus monstrueux appartient évidemment à la deuxième classe : en effet, il y a chez lui absence de la paroi antérieure de l'abdomen et du pubis, par suite d'un arrêt dans le mode d'évolution de ces parties. L'absence de la paroi antérieure de l'abdomen a déterminé la hernie des viscères abdominaux dans la poche que leur a fournie la membrane amniotique du cordon ombilical, constituant un véritable sac herniaire.

Le non développement du pubis a entraîné l'exstrophie de la vessie, genre de monstruosité assez fréquemment observé, et qui dépend toujours de la même cause. Le plus souvent, l'absence des parties contenues arrête le développement des parties contenantes; c'est ainsi que l'atrophie de certains viscères entraîne celle des parois des cavités qui les renferment. L'anencéphalie, par exemple, détermine l'affaissement du crâne. Ici on ne peut invoquer cette loi, les organes abdominaux existaient; mais il est une autre loi, en vertu de laquelle les parties se forment de la périphérie vers le centre. Il suit de là que, si l'évolution des organes destinés à se réunir s'arrête dans son cours, il s'établit entre les deux parties constituantes une ouverture, une fente congéniale, placée sur la ligne médiane. Ainsi, de ce défaut de réunion est résulté, chez ce fœtus, l'absence de la paroi antérieure de l'abdomen et celle du pubis, et consécutivement la hernie ventrale et l'exstrophie de la vessie.

Le tube digestif est l'appareil organique le premier existant, et semble constituer la partie fondamentale du nouvel être. En effet, il se développe aux dépens de la

vésicule ombilicale, et prend la forme d'un canal, avant l'apparition du cœur, quoi qu'en aient dit les physiologistes sur le *punctum saliens*. Quelqu'imparfait et monstrueux que soit un fœtus, il présente toujours un canal intestinal. Le fœtus qui nous occupe offrait seulement une imperfection dans cet appareil organique; il n'existait pas de gros intestin, et il est difficile d'expliquer l'absence de ces organes. L'abouchement du tube digestif dans la vessie est un vice de conformation assez commun, et qui se rencontre même après la naissance.

La conformation du rein est ordinairement celle que présenta celui de ce fœtus, lorsqu'il n'existe qu'un de ces organes; sa présence dans le petit bassin est un vice de situation indiqué par plusieurs auteurs, et qui pouvait bien tenir ici à la déviation de la colonne vertébrale. Les organes génitaux sont les derniers à se développer, et sont en quelque sorte des appendices organiques subordonnés aux autres systèmes de l'économie. Dans les premiers temps de la formation du fœtus, de même que dans les derniers degrés de l'échelle animale, il n'y a qu'un sexe, le féminin. Dans beaucoup de cas de monstruosité, les organes mâles dont le développement est tardif n'apparaissent pas, ils sont arrêtés dans leur mode d'évolution; c'est ce qui fait que le plus grand nombre des fœtus monstrueux sont du genre féminin. Aussi de tous les individus monstrueux observés par Haller et par Meckel, les trois-quarts étaient-ils du sexe féminin. Dans notre fœtus, il n'existe qu'un rudiment des organes génitaux qui n'était peut-être qu'une dépendance du système urinaire, et dont la disposition, quoique bien imparfaite, nous engage à le placer parmi les fœtus femelles.

L'organe rudimentaire génital, le tube digestif et les voies urinaires, communiquaient au-dehors par un réservoir commun, véritable cloaque semblable à celui des

oiseaux. En suivant ces organes dans leurs diverses phases de développement, on trouve une époque où cette triple communication est une conformation normale.

L'absence du diaphragme est une anomalie curieuse. Les fœtus dépourvus de cette cloison musculeuse présentent ordinairement une hernie des viscères abdominaux dans la cavité du thorax. Ici rien de semblable ne s'est offert à notre observation. Une double membrane séreuse séparait l'une de l'autre les deux cavités, et les viscères digestifs étaient restés dans leur situation normale, sans franchir cette faible barrière. Le cœur, refoulé en bas par la conformation vicieuse du thorax, reposait sur la partie latérale gauche de cette membrane séreuse. L'absence du diaphragme ne serait-elle pas consécutive à celle des parois abdominales, avec lesquelles ce muscle a des rapports intimes ?

La disposition vicieuse des membres inférieurs tient chez ce fœtus à celle du bassin : l'inclinaison forcée de celui-ci de droite à gauche, a porté dans le même sens les membres qui s'articulent avec lui. La luxation du membre inférieur droit a été causée sans doute par la position vicieuse du fœtus dans le sein maternel, et par la pression des parois utérines sur ce même membre, lequel, dévié graduellement de la position naturelle, a fini par se déplacer.

M. Geoffroy-St.-Hilaire pense que les émotions fortes et les passions vives chez les femmes enceintes et nerveuses, dans les premiers temps de la grossesse, déterminent une secousse assez violente dans l'appareil utérin pour causer la rupture ou la crevasse des membranes amniotiques, et l'écoulement d'une certaine quantité de fluide séreux qu'elles renferment. Le fœtus est alors plus exposé aux pressions et au contact des parois utérines, ce qui peut déterminer

des déformations ou des vices de situation dans les parties. Cette cause est purement éventuelle et doit être fort rare, car combien de femmes éprouvent de fortes émotions pendant leur grossesse, surtout dans la condition de filles, et cependant les monstruosités ne sont pas plus fréquentes chez les enfans naturels que chez ceux qui sont légitimes ?

Le même anatomiste attribue certaines monstruosités fœtales à des adhérences vicieuses qui s'établissent entre le placenta, le cordon et le fœtus, adhérences qui doivent se former dans les premiers temps de la vie intra-utérine, et qui peuvent arrêter dans leur développement des organes qui ne sont qu'ébauchés. D'après cette théorie, l'éventration du fœtus qui fait le sujet de cette observation serait due à une cause semblable. Nous pensons qu'elle est plutôt l'effet d'un arrêt d'évolution et d'une non réunion des parois abdominales.

Au mois d'août 1828, une paysanne accoucha à terme de deux fœtus jumeaux en partie réunis, qui moururent en naissant. L'accouchement fut long et laborieux, leur dissection me fournit les anomalies suivantes :

1.° *Habitude extérieure.*

Les fœtus sont réunis par la région antérieure du tronc, depuis la partie inférieure de la poitrine jusqu'au bassin, où ils sont confondus. L'individu du côté gauche présente le volume ordinaire d'un fœtus à terme, bien conformé; le fœtus droit est d'un tiers moins gros; les têtes sont isolées et en regard l'une de l'autre. Les deux sternum paraissent réunis par leurs extrémités inférieures; les quatre membres supérieurs existent, et sont placés dans leurs positions naturelles; ceux du côté droit, appartenant au fœtus correspondant, sont moins charnus et moins développés que ceux du fœtus gauche. Un seul abdomen se

présente, dirigé en avant, percé à son centre par un seul ombilic, qui recevait probablement un cordon ombilical double. Les deux bassins sont confondus à la partie inférieure du tronc, et ne semblent constituer qu'un seul bassin dirigé en avant comme l'abdomen. A ce bassin irrégulier sont fixés trois membres inférieurs. Deux de ces membres, à peu près égaux en volume, articulés dans leur position normale avec le bassin, paraissent appartenir au fœtus du côté gauche; le troisième membre inférieur est irrégulier, atrophié, présentant la conformation de la patte d'un quadupède par le peu de saillie du talon, la longueur des orteils, la structure des ongles qui ont la forme de griffes, et la brièveté de la jambe qui est fléchie à angle très-aigu sur une cuisse rudimentaire. Ce membre est placé à la partie postérieure du bassin, dirigé transversalement de droite à gauche, et paraît appartenir au fœtus droit. Trois fesses correspondent à chacun de ces membres; deux de ces fesses circonscrivent des rudimens d'organes génitaux; la troisième, peu développée, est séparée du tronc par un simple sillon. Il semble que le quatrième membre a été arrêté dans son développement par le rapprochement et la fusion qui ont dû s'opérer entre les deux bassins.

2.° *Appareil osseux.* — L'examen du squelette du tronc a en effet constaté ces dispositions anormales. Les os du thorax sont doubles; les deux sternum réunis par leurs extrémités inférieures : deux colonnes vertébrales se dirigent obliquement l'une vers l'autre, à leur partie inférieure; chacune d'elles présente un volume proportionné au fœtus correspondant.

La fusion des deux fœtus s'est opérée par le bassin; les deux os coxaux correspondans, savoir : le gauche du fœtus gauche, et le droit du fœtus droit, se sont réunis vers leur partie antérieure, et de cette réunion est résulté

un angle osseux qui proémine dans l'abdomen; le troisième membre abdominal, celui qui est atrophié, s'articule avec la portion droite de l'os des îles du fœtus droit; l'autre membre devant appartenir primitivement au fœtus gauche a disparu, ou ne s'est pas développé par suite de la réunion anormale indiquée.

3.° *Appareil digestif.* (1)

La cavité abdominale est vaste et simple : elle renferme deux tubes digestifs parfaitement isolés dans la plus grande partie de leur étendue, et réunis seulement à leur partie inférieure où ils se confondent dans le gros intestin. Chacun de ces tubes digestifs appartient au fœtus correspondant; le fœtus gauche présente un foie moins volumineux que celui du côté droit, il répond à l'hypochondre gauche, tandis que l'autre est situé dans l'hypochondre droit. Ces deux foies sont réunis par leurs extrémités correspondantes, et pourvus d'ailleurs chacun d'un appareil biliaire séparé.

Deux rates irrégulières, sous la forme de gâteaux spongieux, arrondis, sont fixés aux estomacs par des épiploons; ces deux estomacs sont situés profondément au-dessous des foies. La masse des intestins grèles est flottante au centre de l'abdomen. Les portions de ces intestins qui correspondent aux iléons, se rapprochent insensiblement l'une de l'autre, s'accolent d'abord à angle très-aigu, cheminent ainsi adossées dans l'espace de deux pouces environ, et finissent par se confondre. Cet intestin iléon unique, ainsi formé, s'abouche lui-même dans un gros intestin simple. Celui-ci n'encadre pas l'abdomen, il est court et dilaté, surtout à sa partie inférieure; il se dirige presque perpendiculairement de haut en bas du flanc droit vers le petit bassin. Arrivé dans cette cavité, il pré-

(1) *Voyez* la figure 1, de la planche annexée à ce Mémoire.

sente une dilatation ou cloaque considérable, et s'ouvre à l'extérieur par un orifice très-étroit, recevant difficilement un stylet delié au fond d'une fossette muqueuse placée à l'extrémité postérieure d'une vulve. Le gros intestin est distendu par une grande quantité de méconium.

4.° *Appareil génito-urinaire.* (1)

Deux reins irréguliers, bosselés, volumineux, enveloppés d'une membrane fibreuse, qui sur l'un forme une espèce de kyste, se rencontrent dans la région lombaire; ils sont entourés d'une assez grande quantité de tissu cellulaire graisseux, et sont fixés chacun d'eux à la colonne vertébrale correspondante, par des liens fibreux.

Deux uretères, très-développés et apparens, se dirigent vers le petit bassin et s'ouvrent dans une poche urinaire unique, qui est alongée, vaste et épaisse. A l'extérieur, au-dessus du pubis, se présente une fente longitudinale bornée par deux replis de la peau fort alongés. Cette disposition représente assez bien une vulve: en écartant ces replis de la peau, on trouve deux autres duplicatures muqueuses qui représentent les petites lèvres; un corps saillant, résistant, fibreux, adhérent au pubis, paraît être le clitoris; derrière ce corps se présente l'orifice d'un urètre court, qui abouti à la vessie. Derrière l'orifice extérieur de l'urètre se trouve une ouverture fort étroite qui aboutit à un vagin bien developpé. Ce vagin se termine au cul-de-sac dans le petit bassin; il présente la longueur normale; il n'existe aucune trace d'utérus ou de ses dépendances. De l'extrémité obliterée du vagin s'élèvent deux canaux membraneux, semblables aux uretères qui se portent dans la région lombaire où ils embrassent les testicules; ces canaux paraissent être les ligamens testiculaires : le testicule

(1) *Voyez* la figure 2.

gauche est plus gros que le droit ; les reins et les testicules, en nombre égal, étaient placés sur le côté libre de chaque rachis.

5.° *Appareil de la circulation et de la respiration.*

Il existe deux cœurs et quatre poumons, constituant deux appareils organiques renfermés dans les deux thorax : ces deux diaphragmes réunis, confondus par leurs bords antérieurs, ne forment qu'une seule cloison.

Les organes centraux du système nerveux et les appareils des sens situés dans les têtes, présentaient sans aucun doute leur disposition normale : ils n'ont pas été disséqués.

Il existait certainement des modifications dans le mode de distribution des nerfs et des vaisseaux des régions lombaires et pelviennes, modifications en rapport avec le squelette du fœtus. Ces recherches étaient d'un intérêt secondaire, et plus curieuses qu'utiles, elles auraient d'ailleurs exigé l'injection préalable du fœtus, ce qui n'a pas été fait.

Réflexions. — Ces fœtus monstrueux doivent être classés parmi les fœtus hétéradelphes, dont le caractère fondamental est la réunion des deux fœtus jumeaux. Dans les histoires anatomiques de fœtus semblables, qui nous ont été tracées par MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Serres, Olivier, Lisfranc, etc., la tête ou le tronc de l'un s'implante dans l'ombilic de l'autre. Telle était la disposition de ces enfans hétéradelphes chinois dont l'apparition a fait sensation il y a quelques années ; dans ce cas il n'y a pas seulement simple réunion des tégumens, mais fusion complète d'organisation entre les deux individus, au moyen des nerfs et des vaisseaux, et souvent du tube digestif qui se continue de l'un à l'autre ; remarque importante qui a été faite par M. Serres et qui rend impraticable toute opération chirurgicale qui tendrait à séparer les conjoints.

Dans une autre espèce d'hétéradelphe que M. Dupuytren a le premier fait connaître, et que les travaux de MM. Ollivier d'Angers et Sauvages de Caen ont beaucoup éclairé, la monstruosité par inclusion, un fœtus mort et toujours incomplet se trouve incarcéré dans le sein de son frère.

Enfin M. Villeneuve a communiqué récemment à l'Académie de Médecine, un fait rare, curieux et inexplicable d'hétéradelphie : deux fœtus jumeaux sont étroitement unis par les régions supérieures du crâne, et forment ainsi un tout continu.

Les fœtus monstrueux que nous avons décrits constituent une autre espèce d'hétéradelphie qu'on pourrait nommer bilatérale. M. Geoffroy-Saint-Hilaire désigne ces fœtus sous le nom d'ischiadelphes, expression qui peint bien leur mode de réunion. Cette espèce de monstruosité est d'ailleurs moins rare que les précédentes et se rencontre dans la plupart des collections anatomiques. L'examen de l'habitude extérieure de ces fœtus monstrueux est beaucoup moins important que celui des viscères; il en est ici comme de tout objet d'histoire naturelle, qu'il ne faut pas se borner de considérer à l'extérieur, mais dont il faut approfondir l'organisation.

Les anomalies des organes digestifs sont très-remarquables. Je ne connais qu'un exemple d'une semblable fusion de deux tubes digestifs, c'est celui offert par les cadavres de Ritta et Christina, sœurs jumelles qui ont vécu quelque temps hors du sein maternel. Il existait chez elles, comme chez nos fœtus, fusion des foies sur la ligne médiane, deux lobes de Spigel, deux vésicules du fiel, deux estomacs, deux intestins grèles, lesquels se réunissaient à dix ou douze pouces avant leur réunion au cœcum, celui-ci était unique, ainsi que le reste du gros intestin, qui paraissait appartenir plus spécialement

à Christina. Il y avait aussi chez ces jumelles fusion des diaphragmes : mais les cœurs étaient adhérens par leurs sommets, circonstance qui a causé la mort presque simultanée de ces sœurs jumelles. Enfin, les deux thorax étaient séparés par un médiastin anormal, ce qui prouve que la fusion des deux individus était étendue plus haut que chez les fœtus que j'ai décrits.

Je ne connais pas d'ailleurs d'exemple d'une disposition aussi singulière des organes génitaux. Les deux sexes se rencontrent imparfaitement développés chez ces fœtus monstrueux. D'un côté, les testicules, profondément situés dans l'abdomen, vont s'insérer au vagin à l'aide de deux canaux qu'on pourrait considérer comme leurs *gubernacula* modifiés. D'un autre côté, un vagin et une vulve se manifestaient au-dessous. Il me paraît incontestable, d'après ces caractères, que ces fœtus, accolés et confondus en un seul par la partie inférieure du tronc, appartenaient, l'un au sexe masculin, celui du côté droit, l'autre au sexe féminin, celui du côté gauche. On peut encore émettre une autre opinion sur cette anomalie de l'appareil génital, considérer ces deux organes glanduleux comme des ovaires allant s'insérer à la partie supérieure du vagin au moyen de canaux remplaçant les trompes de Fallope : ce mode d'insertion a été observé plusieurs fois, et la présence des ovaires, organes essentiels du sexe féminin, peut se rencontrer sans coïncidence de l'utérus. Cette opinion serait encore corroborée par l'observation à-peu-près générale, je crois, que les jumeaux sont du même sexe. Dans un cas aussi extraordinaire, toute hypothèse peut être accueillie; pour moi, je penche en faveur de la première, à cause du volume, de la situation et de la structure de ces organes glanduleux, qui probablement appartenaient au fœtus droit, plus faible que l'autre, et dont les organes génitaux externes du sexe masculin ont

disparu dans la fusion des deux bassins. Le fœtus gauche, au contraire, prédominant sur l'autre et ayant pris la plus grande part à la confection du bassin, les organes sexuels externes s'y sont développés.

Quant à la cause première de cette monstruosité, elle me semble facile à saisir. Des physiologistes admettent que deux germes fécondés peuvent être contenus dans les mêmes enveloppes membraneuses, et plonger dans le même liquide amniotique. Ici deux fœtus de sexes différens, pressés l'un contre l'autre pendant les premiers temps de la grossesse, se sont confondus par la partie inférieure du tronc et développés de cette manière. Ce qu'il y a d'admirable, c'est l'ordre que la nature a pour ainsi dire établi dans ce désordre, en fondant en un seul canal les deux tubes digestifs, en réunissant en un seul appareil d'organes mixtes les deux systèmes génitaux; enfin, en conservant au bassin une forme assez régulière.

Au mois d'avril 1829, un fœtus de la classe des anencéphale est soumis à mes recherches et me présente les particularités suivantes :

Il a 15 pouces et demi de longueur, et pèse près de trois livres (1 kilogramme 430 grammes); il paraît âgé de huit mois environ; car, indépendamment de son poids et de sa longueur, les ongles et les cheveux sont bien développés, la pupille existe, et les testicules sont descendus dans le scrotum.

1.° *Conformation extérieure de la tête :*

Le crâne est aplati et finit en arrière à partir des orbites; les yeux sont très-développés et saillans, et donnent à la figure l'expression propre à cette espèce de monstruosité. La voûte palatine est divisée dans les deux tiers postérieurs de son étendue; les pavillons auriculaires sont bien formés; une fongosité de la grosseur d'une aveline

paraît implantée dans la région occipitale, enfin il n'y a pas de fontanelles.

Le tronc et les membres du fœtus sont d'ailleurs charnus et bien développés.

2.° *Appareil encéphalique :*

Les tégumens du crâne présentent une consistance et une épaisseur remarquables ; ils sont doublés par un muscle cutané très-prononcé : cette dissection confirme l'absence des fontanelles. Les os sont entièrement ossifiés, applatis et présentent peu d'étendue ; le coronal et les pariétaux offrent particulièrement cette disposition. L'occipital est épais et très-dur ; sa circonférence supérieure présente un rebord saillant, demi-circulaire, semblable à la crête occipitale transverse des pachidermes et des solipèdes. Cet os est perforé à son centre par une ouverture circulaire qui présente un diamètre de six lignes environ, et qui livre passage à la fongosité indiquée. Les parois osseuses de la voûte du crâne ayant été enlevées avec assez de difficulté, à cause de l'ossification avancée des os, il parut évident que cette fongosité occipitale était continue à la dure-mère et constituait un véritable fongus. Il n'y a pas de cerveau, cet organe ne s'est pas développé, et cette anencéphalie a entraîné dans la conformation du crâne les anomalies relatives à la voûte indiquées précédemment, et celles de la base qui sont les suivantes :

Les fosses antérieures et moyennes de la base du crâne se trouvent à nu, tapissées immédiatement par la dure-mère. En avant, les portions frontale et orbitaire du coronal sont unis à angle très-aigu dans une certaine étendue vers l'arcade sus-orbitaire. Le reste de la portion frontale du coronal et les deux pariétaux sont aplatis, sous-baissés, et se trouvent en contact par leurs faces internes avec la base du crâne. Il n'y a donc aucun vide,

et ces parois ne contiennent pas de prolongement médullaire, conformation dépendante évidemment de l'absence du cerveau.

Les fosses postérieures de la base du crâne sont, au contraire, larges, évasées, et contiennent une masse médullaire presque diffluente, à cause de l'âge du fœtus et de l'époque assez avancée où la dissection fut faite. Il fut assez difficile de caractériser cette masse; cependant en l'examinant avec attention et d'après l'analogie, elle parut formée par le cervelet, la protubérance cérébrale et la moelle alongée. Nous pûmes distinguer les deux lobes du cervelet, les tubercules quadrijumeaux très-apparens et développés, enfin le canal de Sylvius fort évasé et se continuant avec le canal rachidien : conformation relative à l'âge du fœtus.

Les organes médullaires ayant été enlevés, toute la base du crâne se trouva découverte; les diverses parties en furent mesurées, et présentèrent les dimensions suivantes, que nous rapportons, parce qu'elles donnent une idée exacte de cette anomalie.

Diamètre antéro-postérieur de la base du crâne, pris de l'apophyse fronto-ethmoïdale au trou occipital, dix-huit lignes.

Diamètres transverses, 1.° le plus large, d'une apophyse mastoïde à l'autre, deux pouces.

2.° Dans la direction des petites ailes du sphénoïde, 1 pouce.

3.° Au niveau du trou occipital, 8 lignes.

Il résulte de ces diverses dimensions, que la base du crâne présentait la forme d'un lozange dont l'angle le plus aigu était dirigé en avant.

Les autres appareils organiques sont d'ailleurs bien conformés.

Ce fait n'a pas besoin de commentaires; cette anencé-

phalie est évidemment le résultat d'une maladie. Le fongus de la dure-mère produit par un état pathologique de cette membrane, l'épaisseur et l'ossification avancée des os du crâne, effets d'une irritation nutritive de ces organes, prouvent incontestablement cette opinion.

La conformation du crâne était bien en rapport avec l'état des organes encéphaliques, et justifie complètement les remarques de M. Geoffroy-Saint-Hilaire à ce sujet.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Figure 1.re

a. a. Les estomacs.
b. b. Les intestins grêles.
c. c. Leur réunion à angle aigu.
d. d. Leur accollement pendant un certain trajet.
e. Leur fusion en un seul intestin.
f. f. f. Le gros intestin.
g. Dilatation du rectum.
h. h. Les deux foies réunis.
i. i. Leurs vésicules.
j. j. Les rates suspendues aux estomacs.

Figure 2.me

a. a. Les reins.
b. b. Les uretères.
c. La vessie.
d. Le pubis.
e. e. Les testicules ou les ovaires.
f. f. Leurs canaux.
g. Le vagin terminé par un cul-de-sac.
h. h. Les insertions des canaux dans le vagin.

Observation d'arthritis des premières vertèbres cervicales, suivie de la carie de ces os et d'un abcès par congestion dans la région supérieure du pharynx; considérations générales sur cette maladie; par le docteur MARTIN SOLON, *médecin du Bureau d'admission des hôpitaux.*

La carie des vertèbres lombaires et dorsales a été décrite par les auteurs les plus anciens. Il n'en est pas de même de la carie des premières vertèbres cervicales. Centre de tous les mouvemens du col, disposées d'une manière admirable pour permettre à la tête les mouvemens de rotation, ces vertèbres ne sont pas exemptes de quelques lésions graves. Aux vertèbres lombaires et dorsales, ce sont les corps vertébraux qui sont le plus souvent affectés. Les surfaces articulaires des premières vertèbres cervicales, au contraire, sont le siége ordinaire des maladies de ces os : c'est que dans les diverses régions vertébrales, ce sont des parties différentes qui entrent en action dans les mouvemens nombreux et variés confiés à cet important levier. Au col, les surfaces articulaires primitivement affectées gênent les mouvemens de cette partie, et donnent à la maladie l'apparence d'un simple *torticolis*. Cependant les progrès du mal, la destruction successive des cartilages, des os, et le déplacement de ceux-ci, démontrent plus tard la gravité de la lésion devenue alors irrémédiable. En parlant de la luxation consécutive des premières vertèbres, dans son *Traité des Maladies chirurgicales*, tome IV, le professeur Boyer dit que l'on n'a aucune notion sur les symptômes qui ont dû accompagner ces altérations organiques, que l'on ignore la nature de cette affection. Cependant il ajoute

que si on leur trouvait un jour de l'analogie avec les tumeurs blanches articulaires, les vésicatoires et les moxas pourraient être employés avec succès dans leur traitement. En 1816, Schupke, de Berlin, a réuni dans sa dissertation inaugurale ayant pour titre, *de Luxatione spontaneâ atlantis et epistrophei*, les diverses observations publiées sur cette affection, et il a donné de la maladie un description exacte. Depuis, M. Guersent, dans ses Leçons cliniques, et M. Bérard jeune, dans sa thèse inaugurale soutenue avec distinction en 1829, ont appelé l'attention des médecins sur cette maladie. Le docteur Gros, dans la thèse qu'il a présentée et soutenue à la Faculté le 27 août 1830, a rapporté une observation intéressante de cette affection. Nous l'avons observée à son début chez une jeune fille, il y a plus d'un an. Des sangsues au col, puis des vésicatoires volans, ont enrayé la marche de la maladie; mais l'enfant conserve beaucoup de raideur dans le col, une grande gêne dans les mouvemens de cette partie, et une attitude particulière à cette lésion, qui nous semble, comme à Schupke, avoir dans ses diverses périodes la plus grande analogie avec les luxations spontanées ou consécutives. L'observation suivante pourra servir à éclairer la marche et le diagnostic de cette maladie.

La nommé L.***, âgée de 48 ans, journalière, entra le 19 septembre 1830, dans les salles de M. Récamier, dont je faisais alors provisoirement le service. Elle se plaignait surtout d'un grand mal de gorge, et présentait en outre un amaigrissement extrême et une position insolite du col et de la tête, qui fixèrent mon attention. Le col s'inclinait obliquement vers l'épaule droite, et la tête, comme pour ramener le centre de gravité vers l'axe vertébral, était légèrement penchée sur le côté gauche de la colonne cervicale. Les muscles du col étaient très-amincis et légèrement contractés. M. Flandin, interne de la

salle, m'apprit que la malade avait déjà été soumise à son observation, et voulut bien me donner les détails suivans : Entrée d'abord à l'Hôtel-Dieu le 28 juin 1830, cette femme offrait alors une déviation du col à droite avec inclinaison de la tête vers ce côté. Cinq mois auparavant, elle avait éprouvé des douleurs à la tête, principalement à la région syncipitale. Trois mois plus tard, ces douleurs s'étaient portées vers le col et lui avaient fait prendre la disposition que nous avons indiquée. La rotation de la tête sur le col était devenue impossible, à cause de la douleur qu'elle occasionnait, et la malade y suppléait par un mouvement de totalité du tronc. Rapportant sans doute ce mal, de nature encore obscure, à une névralgie ou à un spasme musculaire, M. Récamier mit en usage, pour le combattre, les bains, les cataplasmes émolliens, les fomentations narcotiques et les douches; plus tard il fit frapper avec la main et à coups mesurés, les régions latérales et postérieures du col. Soit complaisance ou prévention, la malade se disait soulagée quand le professeur avait exécuté lui-même la percussion. Il n'en était pas de même lorsque les filles de la salle se chargeaient de l'opération; la malade leur trouvait la main lourde et ignorante. A l'époque des événemens de juillet les salles de clinique furent évacuées pour recevoir des blessés, et la malade rentra chez elle. Ce fut alors, nous dit-elle, que son mal de gorge se développa. On la saigna deux fois, on lui appliqua au col quarante sangsues. N'éprouvant pas de soulagement, elle rentra à l'Hôtel-Dieu le 19 septembre, et je la vis pour la première fois. Sa voix nasonnée me fit penser qu'il existait peut-être quelque perforation au voile du palais. L'examen de la cavité buccale fit reconnaître que la membrane muqueuse était généralement d'un rouge-violet, que la langue était un peu volumineuse, que plusieurs dents incisives étaient

tombées, mais qu'il n'y avait ni ulcération ni tumeur dans la région gutturale. Bien que le nez ne répandit point d'odeur fétide, je pensai qu'il pouvait exister un ozène; l'inspection des narines antérieures ne fit reconnaître aucune lésion, et la malade affirma qu'elle n'avait jamais eu d'affection vénérienne; elle s'était résignée à supporter la déviation de son col : cette région ne lui causait plus de douleurs, mais elle demandait que l'on cherchât à diminuer son mal de gorge qui, la nuit surtout, était insupportable. Une nouvelle application de sangsues au col, des cataplasmes émolliens, des gargarismes narcotiques, des pédiluves, et plus tard des douches de vapeurs dirigées vers le col, donnèrent du soulagement, mais la voix restant nasonnée, un nouvel examen de la gorge me conduisit quelques jours après à la connaissance de la véritable cause du mal. J'aperçus en effet au-devant de la colonne cervicale, une tumeur arrondie, de la grosseur d'un petit œuf de poule, qui, s'appuyant fortement sur la face postérieure du voile du palais, lui faisait faire dans la bouche une saillie qui remplissait un tiers de cette cavité. Au-dessous du bord libre du voile du palais, la tumeur paraissait formée par une partie de la paroi postérieure du pharynx. On reconuaissait à l'aide du doigt que la tumeur était fluctuante dans toute son étendue; qu'en haut elle remplissait exactement tout l'espace qui sépare les arrière-narines de la colonne vertébrale; qu'en bas elle rétrécissait considérablement l'isthme du gosier, et qu'elle ne tarderait pas à s'appuyer sur la base de la langue et sur l'épiglotte. Cette tumenr ne pouvait être un anévrysme, elle n'offrait pas de battemens; ce n'était point un polype nasal, sa consistance l'indiquait assez, l'exploration faite avec le doigt le démontrait; on ne pouvait la prendre pour un abcès idiopathique, son apparition brusque, la fluctuation générale qu'elle présentait,

et l'apyrexie qui avait accompagné son développement, empêchaient de s'arrêter long-temps à cette opinion. L'examen de la tumeur et des circonstances qui avaient précédé son apparition, me firent bientôt penser que ce corps ovoïde n'était autre chose qu'un abcès par congestion. Dès-lors toute idée de névralgie disparut, et nous pûmes aisément nous rendre compte des symptômes et de la marche de cette affection, en les attribuant à une phlegmasie des articulations des premières vertèbres cervicales et à la carie de ces os. Mais qu'opposer à une maladie si grave et si ancienne, affectant un sujet arrivé à l'état de cachexie et de dépérissement que présentait cette pauvre femme ? Nous pensâmes que des moxas ou des cautères feraient souffrir la malade sans lui donner une chance de guérison ; que l'ouverture de la tumeur aurait les inconvéniens des incisions faites aux abcès par congestion plus favorablement placés, et que de plus l'écoulement continuel du pus ajouterait aux incommodités de la malade, et pourrait même devenir très-dangereux à cause du voisinage de l'entrée du larynx ; nous jugeâmes qu'il serait seulement nécessaire d'ouvrir cet abcès dans le cas où l'asphyxie deviendrait menaçante. Nous prescrivîmes, pour calmer les douleurs et l'insomnie, quelques préparations opiacées, convaincus que la malade était vouée à une mort prochaine.

La déglutition devint de jour en jour plus difficile, et l'articulation des mots de plus en plus pénible. Le 4 octobre, la malade se plaignait d'un sentiment d'engourdissement dans la main droite. Bientôt après lui avoir demandé si elle souffrait de la tête, elle nous montra sur le pariétal gauche une tumeur ovoïde et fluctuante. En comprimant sa totalité, elle diminuait et l'on déterminait de l'assoupissement. En examinant avec le doigt ses diverses parties, on trouvait au centre une érosion qui an-

nonçait une carie du pariétal, et nous fit penser que ce point était celui par lequel cet abcès communiquait avec la cavité du crâne. La circonférence de la tumeur présentait un bourrelet assez consistant formé par le péricrâne épaissi. Cette nouvelle tumeur confirma le diagnostic que nous avions établi pour la première fois, et ce fut seulement alors que, pressée de questions, cette femme finit par avouer qu'elle avait été affectée d'écoulement avec chancres syphilitiques; elle ajouta qu'on l'avait traitée et guérie avec des tisanes et sans préparations mercurielles. L'état de la malade ne permettait pas de commencer un traitement anti-vénérien. La tumeur gutturale, continuant à augmenter, rendit bientôt l'articulation des mots entièrement impossible, ainsi que la déglutition des solides et des liquides. Les mouvemens de la tête, soutenue par les deux mains de la malade, devinrent tellement douloureux, que cette malheureuse femme ne pouvait plus faire de signes négatifs ou affirmatifs. Enfin, épuisée par des douleurs atroces toujours plus fortes la nuit que le jour, et que les lavemens opiacés ne calmaient pas, elle tomba dans un état d'asphyxie pendant la nuit du 16 octobre, et succomba le matin avant que l'on ait appelé le chirurgien de garde pour ouvrir l'abcès du pharynx.

A l'autopsie cadavérique, nous trouvâmes l'abcès du crâne formé de pus demi-séreux et d'un blanc grisâtre; le pariétal gauche était, au voisinage de la suture longitudinale, percé d'un trou de quatre à cinq lignes de diamètre, et dans le point correspondant, la face interne de l'os était érodée dans une étendue trois ou quatre fois plus considérable. La dure-mère n'était pas sensiblement déprimée; seulement, la surface externe de cette membrane était un peu ramollie dans l'étendue d'un pouce à peu-près. Il était évident que la table interne de l'os avait été primitivement affectée. Le crâne enlevé, une coupe ver-

ticale fut pratiquée sur la face, pour mettre à découvert la paroi postérieure du pharynx; nous vîmes alors au devant de la colonne vertébrale une tumeur ovoïde qui, de la moitié de la région antérieure des vertèbres cervicales, se portait vers le condyle gauche de l'occipital. Cette tumeur, fluctuante dans toute son étendue, était formée en avant par la paroi du pharynx; en arrière, par la colonne vertébrale; sur les côtés, par des débris musculaires. Lorsqu'on l'eût incisée, nous trouvâmes sa face interne tapissée de la membrane muqueuse accidentelle que l'on rencontre dans les kystes purulens. Le liquide qu'elle contenait, et dont la quantité pouvait être évaluée à trois ou quatre onces, était grisâtre, séreux, mal lié, inodore; il baignait les parties latérales des premières vertèbres cervicales, que nous trouvâmes dans l'état suivant: l'apophyse articulaire gauche et supérieur de l'axis était érodée et le cartilage qui la recouvre détruit; la masse latérale gauche de l'atlas avait presqu'entièrement disparu, il ne restait pas vestige des surfaces articulaires supérieure ou inférieure. Le condyle gauche de l'occipital était également érodé, et le cartilage articulaire qui le recouvre n'existait plus. On ne trouvait plus de trace des portions fibreuses qui consolident ces articulations. C'est à la destruction de ces diverses parties osseuses qu'il faut attribuer la légère inclinaison de la tête sur le côté gauche de la colonne cervicale. Les lésions du côté droit étaient beaucoup moins considérables; cependant nous trouvâmes le cartilage du condyle occipital et celui de la surface articulaire de la masse latérale de l'atlas qui lui correspond détruits, mais la substance osseuse à peine érodée. La maladie se présentait à un degré encore moins avancé dans l'articulation de l'axis avec les masses latérales de l'atlas, car la synoviale était seulement d'un rouge violacé très-prononcé, les cartilages sous-jacens très-peu

ramollis, et les os intacts. Les parties latérales de l'apophyse odontoïde avaient éprouvé une érosion légère; les deux surfaces articulaires de cette apophyse étaient un peu rouges; le ligament transverse de l'atlas avait conservé toute son intégrité, ensorte qu'il n'existait en aucun sens de luxation, et que la moelle épinière n'avait point éprouvé de compression. Les nerfs sous-occipitaux et les artères vertébrales étaient dans l'état normal; les parties osseuses érodées n'offraient point de ramollissement.

L'autopsie nous fit reconnaître deux autres caries que nous n'avions pas soupçonnées pendant la vie; l'une intéressait, dans un pouce d'étendue à peu-près, la région moyenne de la face interne de la sixième côte; elle avait donné lieu au développement d'un abcès analogue au précédent. Cet abcès, du volume d'une très-grosse noix, soulevait la plèvre, et se serait ouvert infailliblement dans la cavité de cette membrane. L'autre carie avait détruit la face inférieure de la cinquième vertèbre lombaire et tout le cartilage inter-vertébral correspondant. Au devant d'elle, était un abcès qui se prolongeait vers le sacrum; en arrière, elle communiquait avec un autre abcès très-vaste, qui s'était développé dans la masse commune aux muscles sacro-lombaire et long dorsal gauche, les avait en partie détruits, et avait formé ses parois aux dépens des débris de ces muscles. Le pus de ces abcès était rougeâtre et diffluent.

Nous trouvâmes le système cérébro-spinal et les membranes qui l'enveloppent sains dans toute leur étendue; les poumons assez fortement engoués de sang noir, et le cœur également distendu par du sang de cette même couleur. Plusieurs anses intestinales présentaient quelques traces d'injection ou plutôt de stase sanguine. Les autres viscères n'étaient le siége d'aucune altération.

On pourrait s'étonner qu'une affection aussi grave et

caractérisée par des symptômes aussi marqués ait été seulement reconnue si tard ; mais lorsqu'on se rappelle les expressions emphatiques de la malade, les détails incohérens qu'elle donnait et les réticences qu'elle eut jusqu'à la veille de sa mort, on conçoit que le diagnostic ait été longtemps enveloppé d'obscurité. On se rappelle que, lors de la première entrée de cette femme à l'hôpital, la maladie datait déjà de quelques semaines. Il paraît qu'à cette époque l'inclinaison du col et de la tête vers l'épaule droite et l'immobilité de ces parties, indiquaient assez bien l'état inflammatoire des articulations gauches des premières vertèbres cervicales, sur lequel M. Guersent a, par de nombreuses et belles observations, appelé l'attention des praticiens ; mais n'ayant point vu la malade à cette époque, et ne l'ayant observée qu'à la dernière période de la maladie, à l'époque de sa deuxième entrée à l'Hôtel-Dieu, nous essayerons de faire remarquer les symptômes qui caractérisèrent cette période de la maladie : l'inclinaison de la tête du côté malade, et la formation d'un abcès par congestion.

Tant que les articulations de l'un des côtés des premières vertèbres cervicales sont enflammées et douloureuses, la tête reste inclinée vers le côté opposé, mais lorsque la maladie ayant fait des progrès, les cartilages et les os ont successivement été détruits, cette perte de substance nécessite le rapprochement des os conservés, et par conséquent ramène la tête du côté malade. Le col et la tête présentent dans cette circonstance deux inclinaisons opposées. Si la carie a détruit les parties latérales gauches, par exemple, le col conserve, comme chez notre malade, son inclinaison de bas en haut, et de gauche à droite. Mais la tête, qui n'est plus soutenue par la masse latérale gauche de l'atlas, se penche sur le côté gauche de la colonne cervicale, et prend une attitude opposée à celle qu'elle présentait

pendant la première période de la maladie. Cette double inclinaison du col à droite et de la tête à gauche avait jetté une grande incertitude parmi les personnes qui avaient vu la malade qui fait le sujet de cette observation. Les uns assuraient que, pendant la vie, la tête avait été inclinée à droite, les autres soutenaient qu'elle était penchée à gauche. Toute incertitude cesse lorsqu'on se rappelle positivement la position de la malade; il est d'ailleurs facile de concevoir, que quand la destruction d'une des masses latérales de l'atlas force la tête à se pencher du côté affecté, il faut bien que la partie supérieure de la colonne cervicale reste inclinée vers le côté opposé, soit qu'elle conserve cette direction, parce qu'elle l'avait prise déjà depuis quelque temps, soit plutôt parce qu'elle lui est nécessaire pour maintenir le centre de gravité sur l'axe vertebral. Cette double inclinaison présente d'ailleurs un mécanisme analogue aux courbures latérales qui se développent sur les régions plus inférieures de la colonne vertébrale par suite de rachitisme, et auxquelles on trouve ordinairement des directions opposées les unes aux autres. La lésion vertébrale ne se borne pas toujours à déterminer une simple inclinaison; souvent elle est suivie de luxations, et alors des symptômes de compression de la moelle épinière plus ou moins graves se développent. Les observations de MM. Schupke, Meyrieux, J. Cloquet, Velpeau, Ollivier, d'Angers; celle de M. Bérard, ainé, que M. Bérard jeune a publié dans sa thèse, celle de M. Guersent, insérée dans la thèse de M. Gros et beaucoup d'autres, prouvent combien cet accident est commun. Il serait arrivé certainement plus tard chez notre malade, si l'abcès par congestion n'eût par son accroissement causé l'asphyxie qui fit succomber la malade.

Les abcès par congestion, très-communs dans la carie des autres régions vertébrales, sont fort rares dans la carie

des vertèbres cervicales. Celui de la malade qui fait le sujet de cette observation, est, je crois, l'un des plus remarquables que l'on ait rencontrés. Lorsque ces abcès se développent sur les côtes ou sur la face postérieure du col, leur diagnostic n'est pas difficile; il n'en est pas de même lorsqu'ils occupent la région antérieure. Cependant si l'on se rappelle que notre malade eut long-temps la voix nasonnée, et que ce timbre vocal dépendait de la présence de l'abcès dans la région la plus élevée du pharynx, lorsqu'il ne s'appuyait encore que sur les ouvertures postérieures des narines, on pourrait, lorsque la voix devient nasillarde, soupçonner la cause de ce symptôme, et le développement de l'abcès par congestion, en explorant avec une sonde les fosses nasales que l'on trouverait libres dans toute leur étendue, et dont les ouvertures postérieures seules seraient reconnues bouchées par une tumeur. Le diagnostic deviendra certain lorsqu'après le développement des symptômes primitifs de la maladie, la voix aura pris le caractère que nous avons indiqué, et que l'on verra paraître derrière le voile du palais une tumeur semblable à celle que nous avons décrite dans notre observation.

La position particulière de cet abcès et les accidens qu'il peut occasionner en déterminant l'asphyxie, doivent-ils engager à en faire l'ouverture et à s'écarter ainsi de la conduite que l'on tient dans le traitement des abcès par congestion? Nous avons indiqué les inconvéniens que présente l'ouverture de cet abcès par congestion dans le pharynx, mais aussi en retardant de l'inciser jusqu'à ce qu'il survienne menace d'asphyxie, il peut arriver que l'on attende trop tard, et que le malade succombe avant que l'on ait rempli l'indication. Je pense donc que, dans ce cas, on pourrait, la fluctuation bien reconnue, plonger dans la tumeur un trois-quarts long et un peu courbé. On laisserait la suppuration s'écouler. La position que l'on

donnerait ensuite au malade et le soin qu'il prendrait de cracher, empêcheraient plus tard le pus de se porter vers l'ouverture du larynx. La maladie n'en suivrait pas moins sans doute son cours fatal, mais on aurait du moins prolongé l'existence du malade autant que l'art pouvait le faire.

Beaucoup d'auteurs ont comparé cette affection des vertèbres cervicales aux tumeurs blanches des articulations. Sans doute on peut trouver entre ces maladies beaucoup d'analogie : des sujets de même constitution y sont prédisposés ; des surfaces articulaires très mobiles et des os sont le siége du mal ; des sangsues, des vésicatoires volans, des cautères, des moxas, une médication spécifique, lorsqu'elle est indiquée, composent le traitement dans les deux cas; les antisyphilitiques auraient pu être employés avec succès dès le principe, par exemple, pour la malade qui fait le sujet de notre observation, comme on pourrait les mettre en usage dans quelques cas de tumeurs blanches. Cependant nous ne trouvons pas assez d'analogie dans les lésions cadavériques des deux affections pour les confondre; et pour ne citer qu'une de ces lésions principales, nous rappellerons que, dans la tumeur blanche, les os sont le plus ordinairement affectés, en même temps que les cartilages et que les parties fibreuses; quelquefois même l'altération des os précède celle des autres parties. Dans notre observation et dans un grand nombre de celles que nous avons lues, les membranes synoviales, puis les cartilages, puis les os, ont été successivement affectés sans que cette marche ait été intervertie comme dans la tumeur blanche. Enfin, dans celle-ci, les os se ramollissent et présentent souvent les aspects variés du squirrhe et du cancer; ils s'érodent et se carient dans celle-là, mais ne subissent point les transformations que nous venons d'indiquer. L'observation de M. Bérard aîné,

rapportée dans la thèse de M. Bérard jeune, démontre bien que l'on rencontre dans la carie cervicale, autour des parties malades, des dégénérescences fongueuses et caséiformes, mais ces cas ne sont pas les plus ordinaires. Ils prouvent seulement que la maladie est susceptible de se présenter sous plusieurs formes, ce qui est commun aussi aux tumeurs blanches. Au reste, que cette maladie se rapproche ou diffère des tumeurs blanches articulaires des membres, ou qu'elle ressemble plutôt, ainsi que nous le pensons, par sa marche et les lésions qu'elle présente, aux maladies articulaires connues sous le nom de luxations spontanées, s'il était vrai que les os ne fussent que consécutivement affectés, ainsi que nous le disons, dans le plus grand nombre des cas, on pourrait espérer prévenir ces désordres consécutifs, en employant, dès le début de la maladie, un traitement convenable lorsque la membrane synoviale seule est enflammée. C'est en effet dans cette maladie que l'axiôme *principiis obsta* trouve une de ses plus justes applications.

De l'emploi du chlore gazeux dans le traitement de la phthisie pulmonaire; par M. Cottereau, *D. M., agrégé à la Faculté de Médecine.*

« Si jamais on parvient à découvrir un remède efficace contre la phthisie pulmonaire, a dit Mascagni, ce sera parmi les substances qui peuvent être appliquées directement au poumon par la voie de l'inspiration. » Cependant une foule de gaz et de vapeurs ont été tour-à-tour proposés et prônés par leurs partisans, comme autant de moyens presque infaillibles, et le nombre des victimes de la phthisie n'a pas diminué. Un nouveau médicament gazeux, le chlore, a été indiqué dans ces derniers temps

comme jouissant de propriétés anti-phthisiques réelles, et devant, par conséquent, être préféré à tous ceux dont l'emploi a été tenté précédemment : cette opinion est-elle vraie ? C'est par des faits seulement qu'on peut résoudre une semblable question, et je vais essayer de jeter quelque lumière sur ce point encore obscur de la thérapeutique, en donnant un extrait succinct des observations les plus intéressantes qui ont été recueillies depuis qu'on a commencé à faire usage de ce corps. Je ne parlerai ici que des faits qui paraissent militer en faveur de cette nouvelle médication ; dans un second article, je ferai connaître les plus saillans de ceux où les malades ont succombé, en établissant les proportions diverses que j'ai pu observer entre les succès et les insuccès, entre les améliorations et les non-soulagemens, et par là je mettrai mes lecteurs à même d'apprécier le degré d'importance qu'ils doivent accorder à ce mode de traitement.

Obs. I.re (1) — M. le comte de ***, d'une constitution sèche et ardente, malade depuis deux ans environ, était tourmenté par une toux fréquente, opiniâtre, toujours suivie de crachats purulens ; le sommeil n'avait lieu qu'à des intervalles fort courts; de la matité existait au tiers supérieur du poumon gauche. Une grande quantité de médicamens béchiques avaient été mis en usage, et un vésicatoire avait été appliqué au bras, lorsque, d'après le conseil de son médecin, le malade se décida à quitter son pays (la Belgique), pour se rendre à Paris. Là, il alla consulter divers médecins qui, après l'avoir exploré, lui conseillèrent de continuer les moyens dont il avait fait usage, et d'aller passer l'hiver à Nice, en Italie, ou

(1) *Mémoire lu par M. Gannal à l'Académie des Sciences*, le 8 janvier 1828. — Chevallier, *Art de préparer les chlorures*, etc., pag. 344 et 355.

dans d'autres contrées méridionales; mais il n'en fit rien, et ayant entendu parler du chlore que M. Gaunal venait de proposer contre la phthisie, il fit appeler ce chimiste. Les inspirations furent commencées le 21 octobre 1827 : elles diminuèrent d'abord et la fréquence de la toux et la quantité des crachats; l'appétit devint meilleur, le visage acquit une coloration plus vive, la peau toutefois resta dure et sèche; des bains furent prescrits, et M. le docteur Bégin conseilla un régime adoucissant. L'état du malade s'étant bien amélioré dès le premier novembre, le rétablissement continua à faire de sensibles pro grès depuis cette époque, excepté les impressions défavorables résultant de la variation atmosphérique, tellement qu'au commencement de janvier 1828, on avait l'espoir fondé d'une guérison entière; la matité du poumon gauche avait disparu, l'appétit était excellent, les nuits calmes, les forces revenues à l'état ordinaire, et tout faisait présager que la guérison ne se ferait pas attendre long-temps. En effet, le malade continua d'aller de mieux en mieux, et quitta Paris le 8 avril suivant, parfaitement rétabli. M. le docteur Bégin, qui avait suivi le traitement, remit à ce sujet la note suivante à M. Gannal :

« M. le comte de ***, en continuant l'usage des fumigations, a vu, d'une part, l'oppression dont il était atteint, et, de l'autre, l'expectoration qui l'épuisait, se dissiper graduellement. Il avait pris l'habitude de compter, chaque jour, le nombre de ses quintes de toux ainsi que celui de ses crachats, et les uns ainsi que les autres diminuèrent suivant une progression constante. L'appétit était devenu aussi vif qu'à aucune autre époque de la vie, et pouvait être impunément satisfait. Le malade n'éprouvait plus aucune gène dans le thorax; il dormait parfaitement bien, se livrait aux plaisirs de la pro-

menade et du spectacle sans le moindre inconvénient. La matité de son que rendait la poitrine sous la clavicule n'existait plus, et tout indiquait l'existence d'une guérison aussi solide qu'incspérée, au moins sous le rapport de la promptitude, si on la compare au long espace de temps depuis lequel M. de *** souffrait déjà. »

Après le départ de ce malade, M. Gannal a conservé des relations avec lui, et quelques mois plus tard il reçut du médecin ordinaire, M. le docteur François, de Mons, une lettre dans laquelle ce dernier lui disait : « Je puis vous assurer que la santé de M. de *** est, en ce moment, des plus florissantes, sous tous les rapports. On ne se douterait jamais que la poitrine ait été malade, tant la parole et la respiration sont libres, malgré des exercices même forcés, et un régime qui n'est pas toujours d'accord avec les lois de l'hygiène. »

Obs. II.e — Madame C...., d'une complexion délicate et d'un tempérament lymphatico-nerveux, fut prise le 12 avril 1828, sans aucune cause connue, d'une toux sèche et de douleurs de poitrine qui engagèrent son mari, docteur en médecine, à lui faire appliquer trente sangsues sur la région précordiale. Cette émission sanguine procura quelque soulagement, mais, le 27 au soir, il survint de la fièvre; la toux persistait, et les douleurs de poitrine se faisaient sentir avec plus de force. Les pectoraux et les narcotiques ayant été employés, plusieurs larges vésicatoires ayant été appliqués, le tout sans succès, le mari se décida à m'appeler en consultation. M.me C... avait alors peu de sommeil et d'appétit, quelques sueurs nocturnes, des crachats abondans, opaques, purulens, des douleurs et de la chaleur derrière le sternum, de la faiblesse, des anxiétés, une fièvre continue avec exacerbation le soir, de la maigreur qui faisait des progrès rapides, du froid aux extrémités. Les règles cependant avaient été régulières.

L'auscultation et la percussion, pratiquées quelques jours avant, n'avaient rien fourni de positif, mais aujourd'hui le sthétoscope fit diagnostiquer l'imperméabilité du sommet du poumon droit ; à la partie postérieure et supérieure de ce même organe et sous l'aisselle, on entendait distinctement une résonnance de la voix qui semblait tenir le milieu entre la bronchophonie et la pectoriloquie; de l'autre côté, il y avait matité dans les deux tiers supérieurs; il y avait du râle muqueux à gauche et à droite. Cinq jours plus tard, la malade fut explorée de nouveau par un autre médecin qui constata les mêmes lésions, et déclara qu'il regardait l'existence de la phthisie comme bien constante. Dès ce moment M. C... se décida à recourir au chlore dont j'avais déjà proposé l'emploi, et le 15 mai huit inspirations furent faites à la dose de trois gouttes chacune. (*Tisanes émollientes gommées, julep béchique, crême de salep.*)

Du 16 au 22, les inspirations ont produit un peu de sécheresse à la gorge et de coryza; la sécrétion salivaire a été légèrement augmentée, mais tout cela n'existe plus aujourd'hui. La toux et l'expectoration purulente ont diminué; les crachats ont sensiblement perdu de la teinte verdâtre qu'ils présentaient d'abord, les sueurs sont moins abondantes, et le sommeil plus long et plus calme. Le chlore a été successivement porté à la dose de sept gouttes. Les autres moyens et le régime sont restés les mêmes.

Du 22 mai au 1.er juin, le mieux a fait des progrès plus rapides qu'on ne pouvait s'y attendre; la fièvre et ses exacerbations de chaque soir ont complètement disparu. De tous les signes sthétoscopiques perçus d'abord, il ne reste plus qu'une bronchophonie légère et du râle muqueux; le pleximètre indique encore de la matité, mais elle a sensiblement diminué : la toux et les crachats sont presque nuls; il n'y a plus d'anxiété; l'appétit et les

forces reviennent. La malade fait, par jour, douze inspirations (aujourd'hui à dix-sept gouttes chacune); on prescrit des potages gras, un peu de poisson, et quelques cuillerées de vin de Bordeaux étendues de beaucoup d'eau. Comme il est survenu un peu de constipation, deux demi-lavemens avec quatre gros d'huile de ricin sont prescrits.

Du 2 au 10 juin, l'amélioration continue; la toux et les crachats ont cessé, les forces et l'embonpoint reviennent avec l'appétit, et la malade, qui reste levée presque toute la journée, demande qu'on augmente sa nourriture, et désire sortir. Le chlore a été amené à vingt-sept gouttes : les inspirations sont continuées à doses décroissantes jusqu'au 18, époque à laquelle la santé étant tout-à fait rétablie, le séjour à la campagne est conseillé pour consolider la guérison. Depuis ce temps, Madame C.... a toujours continué de se bien porter.

Obs. IIIe — Madame F... E..., femme d'un officier supérieur en retraite, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution très-délicate, et née de parens qui ont succombé, jeunes encore, à la phthisie pulmonaire, fut prise, le 16 juin 1828, sans aucune cause appréciable, d'une toux sèche et très-fréquente, contre laquelle on employa tous les moyens usités en pareil cas, mais sans aucun succès. Dans les premiers jours d'août, elle offrait les phénomènes suivans : état d'amaigrissement remarquable, pommettes rouges et saillantes; peau décolorée, froid continuel des extrémités; faiblesse prononcée, surtout depuis une huitaine; inquiétudes, ennui, tristesse, agitation vive ou abattement dont rien ne pouvait la tirer; susceptibilité extraordinaire; douleurs entre les épaules et au côté gauche de la poitrine; chaleur incommode derrière le sternum; expectoration abondante de crachats purulens, quelquefois verdâtres, souvent striés de sang; bruit manifeste de craquemens, tantôt secs, tantôt humi-

des, à la partie inférieure du poumon gauche; matité, gargouillement et pectoriloquie faible à la région supérieure du même organe; ronchus grave à la région moyenne et postérieure de l'autre poumon; impossibilité de se coucher sur le côté droit; le pouls, très-faible, présente une fréquence marquée le soir; les voies digestives n'offrent rien de remarquable; il y a peu de sommeil la nuit, et, pendant ce temps, la malade est tourmentée par des sueurs excessives. Je fus appelé en consultation par M. le docteur Clairat, médecin ordinaire de la malade, et, après un examen attentif, je proposai l'administration du chlore gazeux. Cet avis ayant été adopté, les inspirations furent commencées le lendemain (3 août), au nombre de six, et à la dose de trois gouttes. (*Tisane de violette gommée, riz, lait de poule.*)

Du 4 au 19 août, il y a eu un peu de sécheresse à la gorge, mais elle a cessé d'exister le 8; les crachats ont commencé, le 9, à se décolorer et à se détacher plus facilement; il est survenu de la constipation qui a été combattue par la manne; les inspirations ont été élevées jusqu'à dix, et le chlore a été porté successivement à la dose de huit gouttes pour chacune d'elles. Les menstrues ont paru le 15, et n'ont duré qu'un jour. Aujourd'hui, il y a une amélioration notable; tous les symptômes généraux ont diminué d'intensité. Le bruit de craquement n'est plus aussi fort, la pectoriloquie et le gargouillement se rencontrent toujours, mais la matité occupe un peu moins d'espace; le ronchus grave ne se fait plus entendre en arrière et à droite. (*Tisanne de violettes et de fleurs de guimauve gommée, avec sirop de jusquiame blanche, potages, chocolat au lichen, lait.*)

Du 20 au 26 août, le mieux se prononce de plus en plus; appétit assez vif, toux moins opiniâtre, expectoration moins abondante et de meilleure nature, mouvement

fébrile du soir beaucoup moindre, sommeil plus calme et plus long, sueurs nocturnes très-diminuées. Le chlore a été porté graduellement à dix-huit gouttes par chacune des dix inspirations.

Du 27 août au 15 septembre, l'état de la malade donne l'espoir d'une guérison prochaine; les douleurs de poitrine se font à peine sentir; la toux et l'expectoration ne se montrent plus que le matin; la respiration est redevenue normale dans la plus grande partie du poumon malade; il n'y a plus de craquement ni de gargouillement; la pectoriloquie est maintenant douteuse; le sommeil dure presque toute la nuit, les sueurs sont à peu-près nulles; l'appétit se soutient; pendant tout ce temps, le chlore a été successivement porté jusqu'à vingt-cinq gouttes. Les règles ont paru aujourd'hui. M.me E..... se plaint de douleurs à la région sous-maxillaire droite, douleurs qui ont leur siége dans une petite glande engorgée à laquelle elle n'avait fait aucune attention jusqu'ici. (*Pom. hydriodatée, boissons émollientes, alimentation plus considérable.*)

Du 16 au 25 septembre, l'embonpoint commence à reparaître, les forces reviennent avec rapidité, et la malade se promène plusieurs heures dans la journée; la pectoriloquie et la matité n'existent plus, la toux et l'expectoration sont comme dans un simple et léger catarrhe; la position horizontale est possible à droite comme à gauche ou sur le dos. Le chlore n'a pu être supporté à plus de vingt-cinq gouttes et a été continué à cette dose. (*Même moyens; nouvelle augmentation des alimens.*)

Du 26 septembre au 10 octobre, la toux et l'expectoration s'arrêtent tout-à-fait; la petite glande engorgée est indolore et déjà diminuée; les mêmes moyens sont continués, ainsi que le chlore qui est donné à doses décroissantes, jusqu'au 20 octobre, époque à laquelle la santé paraissant tout-à-fait rétablie, on cesse toute espèce de traitement.

Obs. IV.e — M. J. de la C..... jeune espagnol, âgé de 21 ans, faible, d'un tempérament nerveux, sanguin, et né d'une mère qui a succombé à la phthisie pulmonaire ainsi que deux autres de ses enfans, vint à Paris, au commencement de 1828, et se livra à des excès de plus d'un genre. Le 26 juillet, il éprouva un accès de fièvre assez violent. Le lendemain, il accusa de la céphalalgie, des douleurs vagues dans divers points du thorax, une chaleur interne à la partie moyenne du sternum, et bientôt, après une toux légère, il expectora cinq à six onces d'un sang vermeil, rutilant, spumeux. Une large saignée fut pratiquée et parut le soulager; mais malgré l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas, il ne tarda pas à survenir une toux qui persista pendant un mois. Les crachats, qui d'abord n'avaient rien offert de remarquable, devinrent légèrement opaques, arrondis, d'un jaune verdâtre; il s'y joignit de la dyspnée, un mouvement fébrile le soir, de l'insomnie et des sueurs nocturnes abondantes; les fonctions digestives s'étaient dérangées dès le début de la maladie, et leur trouble avait continué. La poitrine présentait, à l'auscultation, sous la clavicule gauche, un léger gargouillement avec pectoriloquie douteuse; il y avait de la matité dans un rayon d'environ deux pouces à l'entour de ce point. L'expectoration devint purulente et sa quantité augmenta de plus en plus; enfin le malade arriva à ce point que, le 29 août, on en désespéra. L'amaigrissement n'était point à la vérité en rapport avec tous les autres symptômes; cependant, on ne pouvait se tromper sur la nature réelle du mal. Le docteur C..... qui avait été appelé, et que la guérison de sa femme rendait partisan des inspirations chloreuses, les avait proposées, mais on s'y était refusé. Il me fit alors venir en consultation; des douleurs aiguës se faisaient ressentir surtout à la partie moyenne de la

poitrine; la toux était continuelle, la respiration difficile, l'appétit nul, la faiblesse très-grande, les traits altérés; il y avait de l'inquiétude, du découragement et une susceptibilité extraordinaire; le pouls donnait 90 pulsations par minutes, et il y avait chaque jour une exacerbation vers cinq heures de l'après midi. Sur mon avis, l'administration du chlore fut décidée, et le 31 août, je commençai les inspirations au nombre de quatre et à la dose de cinq gouttes. (*Un grain d'extr. de jusq. blanche, 2 tasses de lait, lait de poule.*)

Du 1 au 15 septembre. Le malade a éprouvé, le 2, de la constipation, qui a cédé à l'huile de ricin en lavement. Le 5, il est survenu un peu de châleur âcre et de sécheresse au pharynx, et la déglutitition n'a eu lieu qu'avec un peu de difficulté; ces légers accidens ont persisté jusqu'au 8; et le chlore, ramené d'abord à la dose de trois gouttes, a été ensuite successivement porté à celle de huit. Aujourd'hui, la toux est un peu moins fréquente, l'expectoration a diminué et est manifestement décolorée, les sueurs nocturnes ne sont plus aussi abondantes. (*Mêmes moyens.*)

Du 16 au 25 septembre, moins de faiblesse, pouls à 75 pulsations, exacerbations à peine sensibles, un peu de sommeil sans agitation, sueurs nocturnes considérablement diminuées; expectoration consistant en un liquide semblable à un soluté de gomme arabique, au milieu duquel nagent des flocons du mucus épais et blanchâtre; l'appétit et les forces commencent à renaître; un peu de diarrhée. Le chlore a été élevé graduellement à la dose de quinze gouttes, et les inspirations ont été faites au nombre de neuf. (*Tis. de lichen sucr., riz, lait de poule.*)

Du 26 septembre au 9 octobre, mieux très-marqué; cessation de la diarrhée, augmentation de l'appétit et des forces; toux à de longs intervalles seulement, crachats

rares, très-blancs et aérés ; plus de gargouillement ni de pectoriloquie, mais encore un peu de matité à la région sous-claviculaire gauche ; léger râle bronchique à la partie postérieure moyenne du poumon droit ; six heures de sommeil paisible. Le chlore a été élevé à la dose de trente-deux gouttes pour chacune des inspirations, qui sont portées à 12 par jour. (*Mêmes moyens. Alimentation légère.*)

Du 10 au 25 octobre, le mieux a fait des progrès très-rapides ; le bruit respiratoire s'entend dans toute l'étendue de la poitrine, sans rien présenter d'anormal, et la percussion donne partout un son clair ; la toux est très-rare, légère, nullement fatigante, sans expectoration et semble provoquée par un picotement qui se fait sentir de temps en temps dans le larynx. Toutes les fonctions se font naturellement (il y a seulement un peu de constipation) ; le malade qui n'a plus de douleurs dans la poitrine, qui a bon appétit et qui voit ses forces s'accroître de jour en jour, demande à suspendre ses inspirations qui sont au nombre de 15 et à la dose de 40 gouttes, et il ne consent qu'avec peine à les continuer jusqu'au 30 octobre, époque à laquelle il cesse tout traitement.

M. J. de la C...., revenu à la santé, recommença ses courses, et fit bientôt de nouveaux écarts de régime qui donnèrent lieu, dès le 13 novembre, à des accidens assez graves pour nous faire rappeler, le docteur C.... et moi. Une irritation des organes digestifs s'était déclarée, et s'était accompagnée du retour de la toux et d'une expectoration jaunâtre ; du reste, il n'y avait pas de sueurs nocturnes, et l'auscultation et la percussion ne faisaient reconnaître aucune lésion organique de l'appareil respiratoire. Le traitement antiphlogistique fut employé, les inspirations chloreuses furent reprises et continuées jusqu'au 15 décembre, au nombre de cinq à dix par jour et à la dose de 10 à 35 gouttes ; et, sous l'influence de

ces moyens et d'un régime approprié, le malade récouvra la santé. M. J. de la C.... s'est décidé depuis lors à mener une vie plus régulière; il est retourné dans sa famille, et nous a écrit pour nous apprendre qu'il continue de se porter parfaitement.

Obs. Ve — Dans les derniers jours d'août 1828, mes conseils furent reclamés par M. Van den B.... négociant hollandais, que des affaires d'intérêt avaient amené à Paris, et qui y avait été atteint d'une affection à laquelle il donnait le nom de *rhume négligé*, maladies dont plusieurs de ses parens avaient dejà été victimes, me dit-il. Cet homme, âgé de 35 ans, très-faible, d'un tempérament nerveux et sujet à des toux fréquentes et opiniâtres, depuis l'époque de sa dix-septième année, était dans l'état suivant: maigreur générale, peau sèche, visage altéré et d'une teinte plombée, pouls plein mais non fébrile (80 pulsations par minutes), gêne très-pénible de la respiration; son mat de tout le côté gauche de la poitrine en arrière, moins prononcé en avant, excepté sous la clavicule, et, dans cette dernière région, gargouillement, soufle caverneux et pectoriloquie en un point très-circonscrit; râle muqueux, même à droite où la respiration est naturelle; toux vive, surtout le matin et le soir; expectoration abondante de crachats épais, purulens, jaunâtres ou gris verdâtres; douleurs sourdes entre les épaules; peu de sommeil; sueurs nocturnes; langue revêtue à sa partie centrale d'un enduit blanc-grisâtre, légèrement rouge sur ses bords; inappétence presque complète; pas de diarrhée ni de constipation.

Le malade, qui avait éprouvé plusieurs fois des accidens du même genre, mais jamais à un degré si fort, avait consulté déjà M. le docteur Cadot qui lui avait prescrit, sans aucun succès, des préparations scillitiques, des po-

tions huileuses, des minoratifs, des sangsues et des pédiluves sinapisés; cependant la faiblesse n'était pas encore assez forte pour empêcher M. Van den B.... de sortir au milieu du jour et de faire de petites promenades.

Je vis M. le docteur Cadot, et nous convînmes ensemble que je ferais respirer le chlore. Le 2 septembre, les inspirations furent commencées et faites au nombre de six et à la dose de trois gouttes chacune. (*Eau de gomme sucrée; deux potages au tapioka.*) Le 3 septembre, vive irritation des organes sécréteurs de la salive, et sécheresse très-forte de l'arrière-bouche. Ces accidens cèdent en l'espace de deux jours à des gargarismes opiacés, et les inspirations, suspendues pendant ce temps, sont reprises, le 5, à la dose de deux gouttes seulement. (*Mêmes moyens et régime.*)

Du 6 au 14 septembre, il y a du mieux, mais il ne se prononce que lentement. Les crachats sont visiblement décolorés; le chlore a été élevé graduellement à la dose d'onze gouttes et les inspirations ont été faites au nombre de dix; mais aujourd'hui l'expectoration est presque nulle, et le râle muqueux a disparu; dans les points où la respiration se fait entendre, on perçoit un bruissement sec, et les douleurs entre les épaules sont plus vives; il y a de la chaleur dans toute la poitrine; le cœur bat avec force, le pouls s'est accéléré (90 pulsations); ces différens signes (et quelques autres que j'ai été à même d'observer plusieurs fois et chez divers sujets), m'ayant toujours paru un indice assuré de l'imminence d'une hémoptysie, je fais suspendre le chlore. (*Même boisson; pas de potages*).

Du 15 au 17 septembre, la crainte des accidens hémoptoïques se dissipe, et, ce matin, l'état de la poitrine et l'appareil étant les mêmes qu'il y a quatre jours, les inspirations sont reprises à la dose de deux gouttes. (*Deux potages.*)

Du 18 au 30 septembre, le mieux se dessine d'une manière tranchée; l'enrouement, la toux, l'expectoration, les douleurs de poitrine, la dyspnée, ont singulièrement diminué; le râle muqueux est rare; la matité n'est plus aussi prononcée; le gargouillement a disparu, mais le soufle caverneux et la pectoriloquie existent encore, quoiqu'à un moindre dégré; le sommeil est assez bon, la langue est nettoyée, l'appétit a reparu et les forces renaissent. Les inspirations ont été faites au nombre de douze, et le chlore a été graduellement porté jusqu'à la dose de quinze gouttes. (*Mêmes boissons, alimentation plus substantielle.*)

Du 1er au 8 octobre, l'amélioration fait de rapides progrès, il n'y a plus de sueurs, d'enrouement, de douleurs de poitrine ni de dyspnée; la toux et l'expectoration sont réduites à peu de chose: le chlore a été donné, le 6 et le 7, à 21 et 22 gouttes, mais le malade ne peut le supporter à cette dose; la gorge et le larynx sont douloureux, et aujourd'hui les inspirations sont ramenées à 10 gouttes.

Du 9 au 18 octobre, la peau a repris sa teinte naturelle, et le visage son expression; l'appétit augmente chaque jour et l'embonpoint reparaît; il n'y a plus de râle muqueux, de soufle caverneux ni de pectoriloquie; il existe seulement de la matité dans le point où l'auscultation a indiqué d'abord l'existence d'une excavation; partout ailleurs la respiration est naturelle. M. Van den B..... se trouve assez bien rétabli pour se livrer de nouveau à ses occupations, et M. le docteur Cadot et moi, qui le regardons en effet comme guéri, l'engageons seulement à continuer encore les inspirations à doses variables (de 8 à 15 gouttes) jusqu'au 15 novembre. M. Van den B..... a suivi ce conseil, et a quitté Paris vers la fin du mois suivant; depuis son arrivée chez lui, il nous a donné de

ses nouvelles, et nous a fait savoir que sa santé, qui se maintenait intacte, n'avait pas faibli un instant, malgré les fatigues d'un voyage fait au milieu de l'hiver et prolongé par les affaires commerciales dont il avait dû s'occuper en route.

Obs. VI.° — M. J. J. P..., étudiant en médecine, âgé de 26 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique bilieux, fut pris, dans le mois de mai 1827, à la suite d'une fièvre intermittente, d'une toux sèche légère, qui augmenta peu-à-peu, et devint enfin très-violente dans le courant du mois d'août suivant. Des accidens hémoptoïques survinrent alors, et se renouvelèrent plusieurs fois à des intervalles plus ou moins éloignés, et pendant ce temps la toux persista avec des alternatives de pis et de mieux, en s'accompagnant parfois de crachats verdâtres abondans. Le 27 décembre 1828, M. P.... ressentit dans le centre du poumon gauche une douleur assez vive qui s'étendait de ce point jusqu'à la partie antérieure de l'organe : le lendemain, il éprouva tout-à-coup dans la poitrine un sentiment de bouillonnement qui lui sembla venir du point douloureux; le besoin de tousser se fit sentir aussitôt, et une violente hémoptysie commença. (*Saignée.*) Le 29, M. le professeur Chomel vit le malade; il prescrivit la diète et le silence absolu, et le lait coupé pour boisson. Le 4 janvier, nouvelle hémoptysie de peu de durée. Le 8, toux toujours très-forte; expectoration abondante de crachats épais, opaques, jaune-verdâtres; le malade ne peut se tenir dans une position horizontale, ni s'appuyer sur le dos, et principalement sur le côté gauche; il ressent incessamment une douleur très-forte entre les épaules. La percussion donne partout un son obscur, et dans quelques endroits il y a de la matité. L'auscultation fait reconnaître, dans le point correspondant à celui du poumon gauche au-

quel le jeune homme a rapporté la douleur et la sensation de bouillonnement, une pectoriloquie très-prononcée, avec souffle caverneux et gargouillement : à la partie postérieure gauche du thorax, on entend du râle muqueux. L'emploi du chlore fut décidé, et le lendemain, malgré l'expectoration de crachats teints de sang, je fis faire trois inspirations à trois gouttes ; dès-lors la matière de l'expectoration cessa d'être sanguinolente.

Du 10 au 17. Il est survenu du coryza, puis de la sécheresse et un sentiment de cuisson dans l'arrière-bouche, et ces accidens ont duré jusqu'au 14; les inspirations, qui ont été portées au nombre de huit et de neuf, n'ont pu être faites à plus de trois à quatre gouttes; cependant, les crachats sont moins colorés et moins opaques; il y a une légère diminution des symptômes.

Du 18 au 20. L'appareil fumigatoire ayant été cassé le 18, les inspirations ont été suspendues pendant deux jours, et ce matin les crachats sont teints de sang; dix inspirations seront faites aujourd'hui à cinq gouttes. (*Boisson gommeuse; alimentation légère.*)

Du 21 au 25. Les crachats ne sont plus sanguinolens; le teint est meilleur; l'appétit revient, et les digestions sont faciles. Les inspirations, au nombre de douze, sont faites à dix gouttes aujourd'hui, après avoir été réduites à quatre les 22 et 23.

Du 26 janvier au 19 mars. Le malade est pris de fièvre intermittente et de diarrhée, qui ôtent beaucoup de régularité au traitement et forcent même quelquefois de le suspendre pour plusieurs jours. Le sulfate de quinine en pilules et les lavemens de quinquina opiacés parviennent enfin à maîtriser les accès et à les faire disparaître complètement; mais la toux et l'expectoration, qui avaient déjà diminué, ont acquis une nouvelle force, et une diarrhée des plus abondantes a réduit le sujet à un état de

faiblesse et d'amaigrissement vraiment effrayant, sans céder jusqu'ici à la diète, aux boissons astringentes et aux lavemens opiacés et amylacés. Aujourd'hui seulement un peu de mieux commence à se manisfester de ce côté.

Du 20 au 31 mars. Les inspirations, qui ont été reprises avec une régularité qu'elles n'ont pas eue depuis long-temps, ont été faites au nombre de douze par jour, et portées successivement à la dose de 48 gouttes (1); la température de + 50° centigrades, à laquelle elles avaient été faites précédemment, a été trouvée insuffisante, et elle a été élevée à celle de + 55°. (Ce besoin d'une élévation de température était indiqué par une sensation de sécheresse particulière, que le chlore produisait en pénétrant dans les bronches.) Le malade se trouve mieux; la toux, l'expectoration et la diarrhée ont diminué; l'appétit et les forces commencent à renaître. (*Mêmes moyens; crême de riz pour tout aliment.*)

Du 1.er au 20 avril. La tolérance des poumons pour le gaz est telle, que je n'en ai jamais vu de semblable, car la dose du chlore est augmentée chaque jour dans une proportion très forte, et les inspirations sont arrivées à plus de 80 gouttes chacune. M. P... pense qu'il pourrait en inspirer indéfiniment sans en être fatigué. Mais la continuation de ce moyen est jugée inutile aujourd'hui; la toux, l'expectoration, les douleurs de poitrine ont cessé tout-à-fait; le râle muqueux, le gargouillement, le soufle caverneux, la pectoriloquie, la matité ont complètement disparu, et la respiration est naturelle dans toute l'étendue de l'un et de l'autre poumon; la positions horizontale est possible sur les deux côtés et sur le dos; la diarrhée

(1) La dose du chlore avait été augmentée peu-à-peu dans les momens où la fièvre intermittente n'avait pas contraint à interrompre les inspirations.

n'existe plus, l'appétit et les forces sont revenues, et l'embonpoint commence même à se prononcer un peu.

M. P.... a été vu par un grand nombre de médecins pendant la durée de son traitement, et exploré attentivement par plusieurs d'entr'eux, alors que les lésions du poumon existaient de la manière la plus tranchée ; je citerai particulièrement MM. les professeurs Duméril et Desormeaux, et les docteurs Gillet de Grandmont, de Caignou, Parmentier, Clairat et Daveau, qui l'ont examiné de nouveau après son rétablissement, et se sont convaincus de la disparution de tous les signes rationnels de la phthisie qu'ils avaient précédemment observés chez lui. Depuis ce moment, sa santé s'est toujours maintenue intacte et aussi bonne qu'elle avait été avant le début de sa maladie, en 1827.

Obs. VII.e — M. C...., de Dijon, ouvrier bottier, âgé de 29 ans, d'une constitution faible, d'un tempérament nerveux bilieux, sujet à des coryzas fréquens, et affecté depuis un temps assez long d'une petite toux sèche qui parfois lui faisait rendre des morceaux d'une matière consistante, blanc-jaunâtre, et ressemblant à des grains de riz par la forme et la grosseur, tomba malade vers le milieu de janvier 1829. La toux augmenta, il survint de la céphalalgie, des nausées ; l'appétit disparut, les forces se perdirent, et les accidens allèrent en augmentant jusqu'au 16 avril, jour où je fus consulté. M. C... était alors dans l'état suivant : teint plombé, maigreur et faiblesse consirables, douleurs entre les épaules, respiration courte, pénible, et devenant presque impossible après avoir marché quelques instans ou avoir monté deux ou trois degrés d'un escalier (dans ce dernier cas, le malade qui a déjà été tourmenté par des palpitations, il y a environ un an, sent son cœur battre avec force et précipitation) ; toux violente, surtout le matin, accompagnée d'une expectora-

tion assez abondante et difficile de crachats épais, opaques, blanc-jaunâtres ou grisâtres; chaleur et sécheresse de la peau, et retour de la fièvre, le soir; peu de sommeil, agitation et sueurs excessives pendant la nuit, décubitus presque impossible sur le côté droit, son obscur de toute la moitié droite de la cavité thoracique, particulièrement en bas; matité à un pouce et demi environ au-dessous de la clavicule; côté gauche résonnant bien dans son tiers moyen, rendant un son moins clair dans les tiers supérieur et inférieur. Bruit respiratoire très-faible du côté droit et dans la partie inférieure seulement; immédiatement au-dessous de la clavicule, dans la fosse sus-épineuse et sous l'aisselle, pectoriloquie très-évidente avec râle muqueux : à gauche, bruit respiratoire entendu clairement dans tout le poumon, le sommet de l'organe excepté; râle crépitant à quelques lignes au-dessus du sein; bronchophonie dans les gouttières vertébrales de la région dorsale. Battemens du cœur réguliers, très-forts et sensibles dans tous les points du thorax; constipation.

Le 18, l'état est le même. (*Manne; potion calmante; boisson mucilagineuse.*)

Le 27, les mêmes moyens ont été continués sans produire aucune amélioration. Les inspirations chloreuses sont résolues et commencées aujourd'hui; elles sont faites au nombre de six, et à la dose de 5 gouttes.

Du 28 avril au 2 mai. Les inspirations ont été élevées à huit, et la dose de chlore à dix gouttes. Ce matin, le cœur semble avoir acquis une activité plus considérable. (*Manne; poudre avec sulfate de quinine, 6 grains; digitale, demi-grain, et fenouil, 16 grains; à prendre en quatre doses. Même boisson.*)

Du 3 au 5 mai. Les mouvemens du cœur sont revenus à leur rythme habituel. Les inspirations sont à 13 gouttes. (*Suspension de la poudre.*)

Du 6 au 9 mai. Sommeil meilleur, sueurs moins abondantes, appétit commençant à revenir, diminution de la toux et de l'expectoration, respiration moins gênée. Dose du chlore variant de quatorze à cinq et à huit gouttes, en raison de la chaleur de la poitrine et du bruissement particulier qui s'y fait entendre par fois. (*Un grand bain à* + 26° *cent.; potages légers.*)
Du 10 au 19 mai. Amélioration rapide, moins de chaleur et de sécheresse à la peau, et diminution de la fièvre vespérale dès le 14; augmentation de l'appétit; retour des forces suffisant pour permettre une promenade au milieu de la journée. Les inspirations, qui ont varié de six à quinze gouttes jusqu'au 16, ont été suspendues le 17 et le 18, et seront reprises aujourd'hui à cinq gouttes. (*Alimentation plus abondante.*)
Du 20 au 31 mai. L'amélioration est plus grande de jour en jour; la position couchée est possible sur tous les côtés; cependant les signes fournis par l'auscultation et la percussion persistent toujours; du reste, le malade a pu travailler un peu dès le 26, sans en être incommodé. Les inspirations, au nombre de trois à dix, ont été faites à la dose de cinq à quinze gouttes. Un grand bain à + 26° centigr. a été pris le 29.
Du 1.er au 10 juin. Continuation du mieux, retour progressif des forces et de l'embonpoint, coloration naturelle du visage, cessation de la fièvre et disparition de la sécheresse et de la chaleur de la peau qui l'accompagnaient; les douleurs de poitrine et le râle crépitant n'existent plus; tout le côté gauche du thorax et les points obscurs du côté droit sont sonores; la matité est diminuée, le râle muqueux à peine sensible et la pectoriloquie douteuse. Persistance de la bronchophonie. Un peu de toux revient cependant encore le matin, et est suivi d'une expectoration de crachats blancs grisâtres. Le sommeil et l'appétit

sont bons, et le malade peut se livrer toute la journée à son travail. Les inspirations, qui ont varié de huit à dix, et qui ont été faites à la dose de cinq à quinze gouttes, ont été suspendues le 8 et le 9; aujourd'hui elles seront faites à seize gouttes. (*Pot. avec oxim. scillit. et sir. de jusquiame.*)

Du 11 juin au 5 juillet. La toux, l'expectoration, la matité, le râle muqueux, la pectoriloquie ont diminué de plus en plus et sont enfin disparus : la bronchophonie seule persiste. Cependant M. C...., a toute l'apparence de la santé, il marche vite et monte sans être essoufflé, la poitrine est sonore dans tous ses points, et le bruit respiratoire se fait entendre partout d'une manière normale; en un mot, il se trouve aussi bien qu'il a jamais été. Les inspirations qui ont été faites à doses variées, de cinq à vingt gouttes, seront continuées pendant un mois encore pour consolider la guérison.

M. C...., qui a été vu et exploré pendant le cours de sa maladie par MM. Gillet de Grandmont, de Caignou, Vavasseur, Sterlin, Bouchcron et Faucher, a été exploré après sa guérison, par M. le professeur Duméril, et par MM. Gillet de Grandmont, de Caignou, Vavasseur et Sorlin, qui ont reconnu l'intégrité des organes pulmonaires. La santé de ce jeune homme n'a pas fléchi depuis ce moment.

Obs. VIIIe — M. P...., d'Etampes, ouvrier ferblantier, âgé de 30 ans, faible, lymphatique, né d'un père qui est mort de la phthisie, sujet lui-même à s'enrhumer, et ayant eu dans sa jeunesse un engorgement des ganglions lymphatiques cervicaux, fut pris, au mois de février 1829, de douleurs dans la poitrine et d'une toux sèche qui bientôt augmenta et s'accompagna d'une expectoration abondante de crachats opaques, purulens, souvent jaune-verdâtres. La fièvre, les sueurs nocturnes, l'insomnie,

l'anorexie, la diarrhée et l'amaigrissement ne tardèrent pas à paraître; les douleurs de poitrine redoublèrent dans les premiers jours d'avril, et trois hémoptysies violentes eurent lieu dans une semaine. Ce fut le 13 de ce mois que je le vis pour la première fois; les symptômes devenaient de plus en plus graves; le côté droit du thorax percuté rendait un son obscur dans ses deux tiers inférieurs; il était complètement mat dans son tiers supérieur où le sthéthoscope faisait reconnaître du gargouillement et de la pectoriloquie également perceptibles en avant, en arrière et sous l'aisselle; beaucoup de râle muqueux; à gauche, un peu de matité dans la région sous-claviculaire, son assez clair dans le reste de ce côté; respiration trachéale au sommet de l'organe; râle muqueux; pouls fébrile (98 pulsations par minute); battemens du cœur désordonnés au moindre mouvement; impossibilité de se tenir sur le côté gauche et sur le dos; une rougeur vive et circonscrite se remarque à la pommette droite. Le chlore est administré le 18 à dose minime (trois inspirations à deux gouttes): cependant son contact suffit pour irriter les bronches, et les crachats deviennent aussitôt rosés. Je fus donc contraint de suspendre son emploi, et, jusqu'au 1.er mai, le traitement se borna à l'usage d'une potion calmante avec la digitale, d'une boisson mucilagineuse, et à l'observation du repos, du silence et de la diète. Enfin il y a tolérance du poumon aujourd'hui, et les inspirations sont commencées aussitôt au nombre de six et à la dose de deux gouttes. (*Boissons mucilagineuses; crême de riz; repos et silence absolu.*)

Du 2 au 10 mai. Pendant les trois premiers jours de l'administration du chlore, il y a eu un peu de chaleur à l'arrière bouche et une légère augmentation de la sécrétion salivaire qui ont cédé à des gargarismes astringens opiacés. Depuis lors, les inspirations out été continuées au nombre de dix, et à la dose de 3 à 7 gouttes.

Du 11 au 25 mai. Les crachats, moins abondans, se sont décolorés un peu; la toux a diminué ainsi que les sueurs, la diarrhée et la fièvre (pouls à 82 pulsations) : un peu plus d'appétit. Les inspirations ont été faites à la dose de 8 à 21 gouttes. (*Tisane de violettes; chocolat au lichen.*)

Du 26 mai au 15 juin. Continuation du mieux; cessation de la diarrhée; les forces commencent à revenir. La dose du chlore a été élevée à 34 gouttes, mais elle n'a pu être portée au-delà, en raison de la susceptibilité de l'individu, et il a fallu la ramener à 20 gouttes depuis le 12. (*Alimentation plus forte.*)

Du 16 au 30 juin. La fièvre, les sueurs, la diarrhée ont disparu; la toux, l'expectoration et les douleurs de poitrine sont beaucoup moindres; le râle muqueux n'existe plus qu'en quelques points, la respiration est naturelle dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche et dans la moitié inférieure du poumon droit; le gargouillement est à peine sensible, mais la pectoriloquie et la matité sont toujours les mêmes. Excellent appétit et digestions faciles; retour rapide des forces. Les inspirations ont été faites à la dose de 20 à 32 gouttes.

Du 1.er au 12 juillet. Le mieux se consolide et les symptômes disparaissent les uns après les autres; la toux et l'expectoration entre autres ont cédé presque entièrement. Le malade, qui se croit guéri, veut aller passer quelques jours à la campagne avant de reprendre son travail, et suspend l'usage du chlore, qui a été inspiré, depuis le premier, à la dose de 16 à 30 gouttes.

Le 10 août, je revis M. P....., qui, depuis huit jours, avait recommencé à travailler. La pectoriloquie n'existait plus, mais il y avait toujours de la matité; le matin, quelques crachats blancs et de bonne nature étaient expectorés sans tousser; la position horizontale était possi-

ble sur les deux côtés et sur le dos; la marche prompte ou l'action de monter occasionnaient encore de l'essoufflement et des battemens de cœur précipités; les travaux un peu pénibles excitaient de fortes sueurs; du reste, M. P..... se trouvant très-bien, ne voulut pas suivre le conseil que je lui donnai de reprendre l'usage du chlore. Je l'ai vu, il y a trois mois, et il m'a dit que sa santé se maintenait, et que la toux n'avait pas reparu.

Ce malade a été vu et exploré, pendant et après sa maladie, par MM. Gillet de Grandmont, de Caignou, Parmentier, Secondat, Faucher et Vavasseur, qui ont constaté les lésions des organes pulmonaires et les changemens qui se sont manifestés sous l'influence du traitement.

Obs. IX.e (1). — Madame J....., âgée de 28 ans, constitution délicate, tempérament lymphatique, thorax rétréci supérieurement, ayant perdu sa mère et une de ses sœurs de la phthisie pulmonaire, et sortant elle-même d'un traitement mercuriel qu'avait nécessité une syphilis ancienne, fut prise, à la fin de février 1829, à la suite d'une fausse couche au sixième mois de la grossesse, d'une toux légère avec expectoration très-abondante de crachats épais, opaques, blanc-jaunâtres ou grisâtres. Ces accidens augmentèrent rapidement, la toux devint plus forte, et les crachats, souvent striés de sang, prirent un caractère purulent; il survint un mouvement fébrile le soir, de l'insomnie et des sueurs nocturnes; enfin, tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, amaigrissement, inappétence, coloration des pommettes, chaleur vive et incommode de la paume des mains, dyspnée pendant la marche, douleurs entre les épaules, impossibilité de se coucher sur l'un des côtés, etc., vinrent se joindre

(1) Insérée en extrait dans la *Clinique*, par le médecin ordinaire.

aux précédens. La percussion médiate faisait reconnaître de la matité au sommet des deux poumons, et dans le tiers moyen du gauche; en appliquant le sthétoscope, on observait que, dans le point où il existait de la matité, le bruit respiratoire et la résonnance vocale n'étaient pas perçus, à l'exception d'un seul endroit assez circonscrit, situé à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule droite, dans lequel on entendait du gargouillement et une pectoriloquie qui ne pouvait être douteuse : une grande étendue des deux poumons offrait du râle muqueux. Il n'y avait point de diarrhée ; les règles ne s'étaient pas supprimées. Les pilules d'aconit et de sulfure de chaux et les préparations de digitale furent employées sans succès par le médecin ordinaire, M. le docteur Dubouchet, qui, voyant le mal s'accroître de jour en jour, me fit appeler en consultation le 1.er mai. J'explorai attentivement la poitrine, et après avoir reconnu les lésions existantes, je conseillai l'emploi du chlore. Les inspirations, commencées le 5 mai, furent faites au nombre de sept, à la dose de trois gouttes. Pendant les premiers jours, la sécrétion salivaire fut augmentée d'une manière sensible; l'arrière-bouche et les fosses nasales postérieures furent le siège d'une sensation de sécheresse particulière, mais le 14 mai, tout cela disparut, et depuis lors les inspirations furent continuées jusqu'à la fin d'août, à la température de + 50 à 60° centigr., et à des doses de chlore qui varièrent de trois à trente gouttes. Pendant ce temps, la malade fut mise à l'usage de boissons gommeuses ou émollientes sucrées, et d'une alimentation convenable, et les symptômes se dissipèrent graduellement, à tel point que le 1.er août les forces étaient revenues et complètement rétablies, et que la seule chose qu'on pût remarquer dans toute l'étendue du thorax, était, à la percussion, une matité correspondant exactement au point où existait

d'abord l'excavation tuberculeuse; d'ailleurs cet état a persisté. Madame J.... a repris ses occupations habituelles, et l'hiver si rigoureux de 1829 à 1830 n'a exercé aucune influence fâcheuse sur elle : j'ai eu plusieurs fois occasion de la voir et d'explorer sa poitrine depuis ce moment, et l'auscultation, d'accord avec les apparences extérieures, m'a toujours prouvé que les poumons étaient sains, et que rien jusqu'à présent ne pouvait faire craindre de récidive.

Pendant le traitement, madame J.... a été vue par MM. Dubouchet, Parmentier, H. Bonet et de Caignou, qui ont exploré la poitrine toutes les fois que j'ai désiré leur faire constater les progrès de l'amélioration.

Obs. X.e (1) — M. R...., propriétaire des environs de Lyon, ancien négociant, âgé de 46 ans, faiblement constitué, lymphatique-nerveux, ayant deux frères et une sœur qui ont présenté des symptômes de scrofules, et ayant eu lui-même, dans sa jeunesse, de nombreux engorgemens glanduleux au cou, vint à Paris, au mois de juin 1829, pour se faire traiter d'un rétrécissement du canal de l'urètre, suite de gonorrhées répétées et toujours mal soignées. Depuis plusieurs années il était fréquemment pris de toux et d'expectoration de crachats opaques, d'un blanc tirant sur le jaune et parfois striés de sang; aussi ne fut-il pas surpris de voir reparaître des accidens de ce genre peu de jours après son arrivée; mais bientôt les symptômes s'accrurent, la toux se montra plus forte et plus fréquente, les crachats devinrent purulens et plus abondans, des douleurs de poitrine se firent sentir, le sommeil disparut en partie, des sueurs nocturnes partielles commencèrent à avoir lieu, l'appétit et les forces diminuèrent, et chaque soir un mouvement fébrile vint ajouter au malaise de la journée. Je fus appelé le 6 juillet par M. le docteur

(1) Insérée en extrait dans la *Clinique* par le médecin ordinaire.

Dubouchet, médecin ordinaire, et l'examen de la poitrine me donna les résultats suivans : thorax peu développé en général, d'une capacité manifestement moindre à droite qu'à gauche, résonnant très-bien de ce dernier côté, mais offrant de l'autre une matité considérable dans les deux tiers supérieurs de sa cavité; un peu de râle muqueux au sommet du poumon gauche qui ne présentait rien de particulier dans le reste de son étendue; poumon droit imperméable à l'air dans sa presque totalité; râle et souffle caverneux, résonnance de la voix plus analogue à la bronchophonie qu'à la pectoriloquie, en avant, au niveau du troisième espace intercostal, et à deux pouces environ du sternum.

Je proposai l'emploi du chlore, et les inspirations, commencées le 8, furent faites au nombre de huit, et à la dose de quatre gouttes.

Du 9 au 30 juillet. Un léger coryza, de la chaleur à l'arrière-bouche et une augmentation de la sécrétion salivaire ont eu lieu les premiers jours de l'usage du gaz, mais ces accidens ont été de peu de durée. Les inspirations ont été élevées jusqu'à douze, et le chlore a été porté à la dose de dix-neuf gouttes.

Il y a de l'amélioration depuis plusieurs jours, mais elle est encore peu sensible, quoique le malade en juge autrement; ce matin même, je suis loin de croire à un nouveau mieux qu'il annonce; en effet, les douleurs dans la poitrine sont un peu plus vives; un sentiment inaccoutumé de chaleur existe dans le poumon droit, le râle muqueux est presque entièrement disparu, la résonnance de la voix n'est pas naturelle et semble comme argentine dans les points où elle peut être entendue, enfin les battemens du cœur sont plus forts qu'à l'ordinaire, et le pouls est légèrement accéléré. L'apparition de ces différens signes me fit craindre une hémoptysie; je supprimai les ali-

mens, et je prescrivis la réduction des inspirations à huit, et des gouttes de chlore à trois seulement. Mais M. R..., qui craignit que cette diminution du médicament ne retardât sa guérison, jugea à propos, vers le milieu de la journée, d'en augmenter la dose d'une goutte à chaque inspiration, et il parvint ainsi jusqu'à sept. Il survint alors une toux sèche, de la céphalalgie et une dyspnée qui s'accrut de moment en moment; bientôt enfin un sentiment de bouillonnement fut ressenti dans le côté droit de la poitrine, il s'accompagna de picottemens dans la gorge, et presque au même instant il y eut une expuition très-abondante d'un sang pur, vermeil, écumeux. Cette hémoptysie dura plus d'une heure et céda à l'emploi de la saignée et des autres moyens appropriés; mais elle fit suspendre complètement les inspirations jusqu'au 11 août, jour où il fut possible de les recommencer au nombre de huit, à la dose de trois gouttes et à la température de + 60°. centigr. (précédemment elles avaient été faites à + 55°. cent.). Elles furent élevées à douze, et à la dose de trois à vingt-huit gouttes, suivant l'indication, et continuées ainsi jusqu'au 1.er octobre suivant, époque à laquelle les signes de la phthisie, après avoir diminué par degrés, cessèrent entièrement d'exister. M. R..., qui se trouvait aussi bien qu'il le désirait, reprit son genre de vie accoutumé, et, par précaution, continua encore l'usage du chlore jusqu'au 25. Depuis, sa santé s'est toujours soutenue.

MM. Dubouchet, de Caignon, H. Bonet et Faucher, ont vu ce malade pendant la durée de son traitement, et ont exploré sa poitrine à diverses reprises, avant et après la disparition des symptômes de la phthisie.

Obs. XI.e — M.me L..., d'Audenarde (Belgique), âgée de 25 ans, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique nerveux, ayant perdu une sœur de la phthisie pulmonaire, sujette elle-même à expectorer de petits gru-

meaux de substance blanc-jaunâtre, d'une consistance moyenne et d'une forme irrégulière, ayant l'haleine courte depuis son enfance, vint me consulter le 2 juillet 1829; elle toussait et crachait depuis deux ans environ, et avait employé, sans aucun avantage, une foule de moyens qui lui avaient été conseillés par plusieurs médecins auxquels elle s'était déjà adressée; elle avait eu récemment deux hémoptysies qui avaient cédé aux émissions sanguines, et son état actuel était le suivant : amaigrissement et faiblesse considérables; respiration difficile; douleurs vives dans la poitrine, particulièrement entre les épaules et derrière le sternum; toux fréquente, crachats épais, jaunâtres ou gris-verdâtres; matité sous la clavicule droite, dans une hauteur de trois pouces; respiration trachéale et pectoriloquie évidente dans le même point, ainsi qu'en arrière, à la région correspondante; état presque normal du poumon gauche qui n'offre que du râle muqueux, çà et là; dyspnée et battemens brusques et rapides du cœur pendant la marche ou en montant un escalier; pouls régulier, faible, fréquent (94 pulsations par minutes); chaleur très-forte et exacerbation du mouvement fébrile le soir; peu de sommeil, sueurs nocturnes bornées à la poitrine; peu de soif, diminution très-grande de l'appétit; sentiment de cuisson dans le gosier et dans la bouche, surtout le soir; alternatives de constipation et de diarrhée, avec douleurs d'entrailles presque continuelles; leucorrhée abondante; engorgemens de quelques ganglions lymphatiques cervicaux; décubitus impossible à gauche. (*garg. astring.*; *inf. de viol. gom.*; *lavemens émolliens*; *potages avec le salep.*)

Le 6 août. L'emploi du chlore est résolu, et les inspirations, commencées aujourd'hui, sont faites au nombre de 6, à la dose de 4 gouttes.

Du 7 août au 8 septembre. Les inspirations n'ont rien

produit sur la membrane muqueuse qui revêt le pharynx et les fosses nasales postérieures, ni sur les organes sécréteurs de la salive; elles ont été élevées à 10, et le chlore a été porté à la dose de 9 gouttes, après des diminutions et des suspensions assez fréquemment répétées en raison de l'état de la poitrine. L'expectoration étant devenue difficile, l'oximel scilitique et le tartrate de potasse antimonié ont été donnés successivement (le 2.e à doses presque homéopathiques). Aujourd'hui, il y a un commencement d'amélioration indiqué particulièrement par la diminution des douleurs de poitrine, de la toux et de l'expectoration.

Du 9 septembre au 17 octobre. Le mieux continue et la malade peut actuellement se coucher dans toutes les positions. Cependant les pieds se sont un peu tuméfiés depuis quelques jours; mais la digitale, donnée à doses fractionnées, a fait disparaître ce symptôme. Les inspirations ont été faites à doses variées de 5 à 15 gouttes; elles ont été suspendues le 12 et seront reprises aujourd'hui.

Du 18 octobre au 4 janvier. Le mieux a fait des progrès lents mais bien marqués jusqu'au mois de décembre; mais depuis lors, le froid excessif a singulièrement fait varier l'état de la malade qui tantôt a été passable et tantôt mauvais. Pendant tout ce temps, le chlore a été donné à la dose de 5 à 54 gouttes, suivant les indications. Aujourd'hui il sera suspendu et remplacé par la solution d'hydriodate de potasse à l'intérieur, et par la pommade d'hydriodate de potasse iodurée en friction sur les ganglions engorgés du cou.

Du 5 janvier au 6 février. L'état de la malade n'a pas changé depuis plus d'un mois; les inspirations seront reprises aujourd'hui au nombre de 10, et à 4 gouttes, en augmentant d'une goutte par chacune d'elles.

Du 7 févier au 27 avril. Le mieux a fait des progrès

constans depuis le milieu de février, les inspirations ont été faites de 6 à 22 gouttes, tantôt à doses fixes, tantôt à doses croissantes, et les symptômes ont disparu peu-à-peu; aujourd'hui la poitrine est revenue à un état d'intégrité qui paraît parfait; toutes les fonctions se font régulièrement, et M.me L..., qui a recouvré ses forces, offre tous les signes d'une excellente santé.

MM. De Caignou, Pontonnier et Secondat ont vu cette dame un grand nombre de fois pendant le temps de sa maladie, et les deux premiers l'ont explorée depuis sa guérison.

Observ. XII.e — Madame N., âgée de 27 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique nerveux, ayant perdu une de ses sœurs de la phthisie pulmonaire, et ayant présenté elle-même des symptômes de carreau dans son enfance, puis de scrofules à l'époque où la menstruation commença, fut prise, en décembre 1827, d'une toux sèche à la suite d'une fausse couche, et cet état, peu grave d'abord, ne tarda pas à devenir inquiétant par l'accroissement de la toux et par les autres symptômes qui vinrent s'y joindre. Au mois d'avril, nouvelle grossesse pendant laquelle les accidens allèrent en augmentant; il survint des hémoptysies fréquentes : cependant l'accouchement se termina heureusement, mais à la suite les progrés du mal furent rapides, et le 9 juillet 1829, appelé près de la malade, je la trouvai dans l'état suivant : maigreur générale très-grande; peau terreuse, plombée et sèche; yeux ternes et abattus; chaleur faible à la surface du corps, presque nulle aux extrémités; bouche pâteuse, langue nette et légèrement humide; soif peu considérable, appétit nul; toux peu forte, mais fréquente, surtout le matin, et procurant presque sans efforts l'expulsion de crachats abondans, tantôt jaune-verdâtres, épais et complètement opaques, tantôt blanc-grisâtres foncés,

demi-transparens et comme vitrés, restant isolés les uns et les autres au milieu d'un liquide muqueux clair et d'une consistance visqueuse moyenne; douleurs continuelles au larynx et entre les épaules où elles sont augmentées par la toux, se faisant sentir passagèrement dans différens points du thorax, mais principalement du côté gauche; voix presque éteinte; oppression assez forte. La poitrine percutée rend un son très-clair dans un point circonscrit, situé à un pouce environ au-dessous de la clavicule droite; partout ailleurs le son est obscur de ce côté, et il y a même une matité très-prononcée à l'entour de l'endroit où existe la sonoréité; à gauche, tant en avant qu'en arrière, la percussion donne un son naturel dans les deux tiers supérieurs, obscur dans le tiers inférieur. L'auscultation fait reconnaître, sous l'aisselle et dans la région sous-claviculaire droite, au point déjà signalé, une excavation que le souffle caverneux, le gargouillement et la pectoriloquie dessinent de la manière la plus tranchée; aux environs de cette partie, il y a absence du bruit respiratoire, et dans le reste de l'organe de ce côté, respiration trachéale avec un *léger râle crépitant;* à gauche, la respiration, confuse dans le tiers inférieur, semble naturelle dans les deux autres, et ne présente de particulier que quelques bruits de craquemens en haut et en avant, et du râle muqueux en plusieurs endroits. Le cœur n'offre rien d'anormal, mais ses battemens deviennent précipités et irréguliers sous l'influence du mouvement, par exemple, celui de la marche, quelque lente qu'elle soit, et alors l'oppression redouble, et la respiration est beaucoup plus courte et plus accélérée : le pouls est régulier et bat 80 fois par minute. Point de douleur à l'épigastre ni dans aucune région de l'abdomen; constipation opiniâtre; urines peu abondantes, médiocrement colorées, sédimenteuses; accès de fièvre revenant tous les soirs, et

s'accompagnant de beaucoup de chaleur, particulièrement à la paume des mains, et de rougeur circonscrite aux pommettes, surtout à celle du côté droit; impossibilité de se tenir couchée à droite; pendant la première partie de la nuit, insomnie et agitation continuelle; pendant la seconde, sommeil très-léger et sueurs excessives qui ne cessent qu'au réveil.

Le 20 juillet. L'administration du chlore, retardée jusqu'ici à cause de la douleur au larynx, est commencée; cinq inspirations sont faites à la dose de trois gouttes. (*Boissons émollientes.*)

Du 21 au 31 juillet. Le chlore a produit de la chaleur à l'arrière-bouche et une augmentation de la sécrétion salivaire assez forte pour forcer à suspendre les inspirations depuis le 23 jusqu'au 26. Aujourd'hui, elles sont faites au nombre de 10, et à 5 gouttes chacune. (*Fumig. iodeuses vers la vulve; pédil. sinap. pour provoquer le retour des règles.*)

Du 1.er au 22 août. Deux fois l'accélération du pouls, la force plus grande des battemens du cœur, un bruissement sec, une chaleur insolite très-légère dans la poitrine et l'augmentation des douleurs dont cette cavité est le siège, ont forcé à diminuer et même à suspendre l'usage du chlore : des laxatifs ont été donnés; des sangsues et autres moyens appropriés ont été employés pour exciter l'écoulement menstruel qui a enfin reparu. Les inspirations sont reprises au nombre de 10, et à la dose de 4 gouttes.

Du 23 août au 14 septembre. Il y a du mieux, et une partie des symptômes a disparu ou au moins diminué considérablement. Les inspirations, portées à la dose de 25 gouttes, seront faites à +55.° centigr. au lieu de +50.° parce que le gaz fait éprouver depuis quelques jours à la malade une sensation particulière très-désagréable, et

comparable à celle que produirait le passage d'un air très-sec dans les poumons. (J'ai vu le plus ordinairement cette sensation exister lorsque le gaz et les vapeurs inspirés n'étaient pas à une température assez élevée.) (*Pot. calm. avec ext. de jusquiame et de pulsatille; tis. de lichen; eau de Seltz ; alimentation légère.*)

Du 15 septembre au 16 octobre. Depuis le 22, l'état de la poitrine n'a pas permis de faire usage du chlore, et une solution hydriodatée a été administrée pendant ce temps. Aujourd'hui les inspirations seront reprises à la dose de 5 gouttes et à + 60.° centigr. (*Lavemens huileux miellés.*)

Du 17 octobre au 12 novembre. L'amélioration a fait de tels progrès, que Mme N. se regarde déjà comme tout-à-fait guérie. Le chlore avait été porté à la dose de 32 gouttes. (*Eau de Seltz; alimentation laissée à la disposition de la malade.*)

Du 13 novembre au 24 décembre. Le rétablissement s'est prononcé de plus en plus; aujourd'hui il n'a plus d'apparence de maladie, car Mme N. dont l'appétit, les forces, l'embonpoint, le sommeil, sont tels qu'ils étaient avant le mois de septembre 1827, ne tousse plus et ne crache plus; le mouvement, l'action de monter n'excitent aucune fatigue. La seule chose que l'on observe en explorant la poitrine, est une matité circonscrite et une absence complète du bruit respiratoire dans le point même où se faisait entendre autrefois la pectoriloquie; partout ailleurs, les organes pulmonaires paraissent dans l'état normal. Les inspirations faites jusqu'à la dose de 42 gouttes, l'ont été à doses décroissantes depuis le 7, et seront continuées de la même manière jusqu'au 15 janvier, pour consolider la guérison.

Dans le cours de sa maladie, Mme N. a été vue à diverses reprises par MM. Clairat, Secondat et Sciau-la-Vi-

gne, chirurgien major au 4.e rég.t d'inf. de l'ex-garde. De plus, sur ma demande, elle a été visitée régulièrement tous les dix jours par MM. de Caignou et Parmentier qui ont pratiqué avec moi toutes les explorations nécessaires.

Pendant les trois premiers mois de 1830, la santé de M.me N. n'a pas fléchi un seul instant, bien que le froid ait été très-rigoureux, et que cette dame ait souvent été contrainte de passer une partie des nuits près de son jeune enfant dont la dentition a été très-orageuse. Cependant, tant de veilles et d'inquiétudes prolongées devaient exercer une influence funeste sur une organisation peu robuste. En effet, le 26 août, les règles ayant paru pendant une heure environ, s'arrêtèrent tout-à-coup, et leur disparition fut suivie d'un malaise général qui, le lendemain, s'accompagna d'une douleur de tête peu intense, d'un sentiment de fatigue dans tous les membres et de la perte de l'appétit. Cet état persista pendant deux jours, puis il survint des nausées, des frissons alternant avec des bouffées de chaleur, et je fus appelé le 1er mai. La malade était dans l'état suivant : physionomie portant l'empreinte d'une vive souffrance ; yeux abattus ; céphalalgie très-forte; langue plate, recouverte sur sa face dorsale d'un enduit blanchâtre, et présentant un peu de rougeur sur ses bords; soif considérable, inappétence, envies de vomir continuelles et occasionnant des efforts excessivement fatigans; régions épigastrique et ombilicale très-douloureuses à la pression; constipation; pouls fréquent, élevé; peau plus chaude que dans l'état naturel; douleurs de brisement dans les membres; fonctions intellectuelles conservant leur intégrité. La percussion et l'auscultation n'indiquent l'existence d'aucune nouvelle lésion des organes pulmonaires; l'état des poumons est absolument le même qu'à la fin de décembre, et la respiration n'est point altérée.

Un traitement antiphlogistique énergique fut mis en

usage (*sangsues*, *saignée*, *boissons acidules*, *lavemens laxatifs*) : néanmoins, les symptômes s'aggravèrent après quelques alternatives de pis et de mieux; les envies de vomir redoublèrent, il survint du délire, de l'adynamie, une prostration extrême; les révulsifs et les toniques furent vainement employés dans cette dernière période, et la malade succomba le 28 mai. L'autopsie fut faite par moi, 26 heures après la mort, en présence de MM. de Caignou et Parmentier, et de M. A. Gendron, étudiant en médecine. Voici ce qu'elle nous présenta :

Etat extérieur. — Teinte pâle, légèrement jaunâtre de tout le corps; maigreur très-prononcée; petite saillie de l'épaule gauche avec courbure de la colonne vertébrale; peu de raideur cadavérique. — *Tête.* Injection très-peu sensible de l'arachnoïde; couleur et consistance normales du cerveau et du cervelet; quatre gros à peu-près de sérosité limpide dans les ventricules latéraux. — *Cou.* L'épiglotte, le larynx et la trachée ne présentent rien de particulier; la membrane muqueuse n'est altérée dans aucun point. Deux ganglions cervicaux du côté droit sont de la grosseur d'une noisette et indurés; ils contiennent l'un et l'autre, dans leur centre, un petit noyau de matière crétacée friable. — *Poitrine.* Les deux poumons sont gris-pâles, très-souples et parfaitement crépitans. Le gauche adhère à la plèvre costale par plusieurs brides cellulaires assez serrées; coupé en divers sens, il offre, à la partie moyenne environ de son lobe supérieur, une petite masse tuberculeuse de même nature que celles trouvées dans les ganglions cervicaux, de la grosseur d'un pois rond, et renfermée dans une membrane blanc-grisâtre, épaisse et résistante, à l'entour de laquelle le tissu pulmonaire n'est point induré : la partie supérieure de ce lobe contient quelques granulations tuberculeuses très-petites et à l'état cru. Le poumon droit, libre dans toute

son étendue, présente, à la partie antérieure et au sommet de son lobe supérieur, un espace d'un pouce et demi environ de diamètre en largeur, et de huit à neuf lignes en profondeur, d'une teinte plus foncée que le reste, d'une consistance très-dure, et d'une apparence évidemment froncée, qui, incisé en plusieurs sens, laisse voir un tissu dur, compact, presque fibreux, de couleur ardoisée et marbrée de blanc-grisâtre; ce tissu, imperméable à l'air, n'est traversé par aucune division bronchique, et toutes celles qui s'y rendent se sont oblitérées en changeant de nature et se confondant avec lui. Sur les bords de ce produit de la cicatrisation, est appuyé, en haut, un petit globule de matière tuberculeuse, d'une demi-ligne à une ligne de diamètre au plus, blanc-jaunâtre, solide et d'un aspect stéatomateux. Partout ailleurs, ce poumon est dans l'état physiologique, et tranche surtout par sa couleur avec la cicatrice. Dans le même lobe, se trouvent encore une douzaine de tubercules crus, miliaires, épars au milieu du tissu sain. Les bronches, dans l'un et l'autre poumon, n'offrent rien de remarquable. Le cœur, qui a le volume du poing, est sain ainsi que le péricarde; l'aorte est dans son état naturel. — *Abdomen.* L'estomac, distendu faiblement par des gaz, ne contient qu'un peu de liquide jaune-verdâtre : sa membrane muqueuse, dans toute l'étendue de la grande courbure, est rougeâtre, amincie, et a tellement perdu de sa consistance qu'elle se réduit en pulpe par le plus léger frottement; dans les autres points, elle est pâle et présente, dans les parties déclives, quelques traces d'arborisation, phénomène purement cadavérique, existant dans les autres portions d'organes qui se sont trouvées dans des conditions pareilles. La membrane muqueuse qui revêt l'intestin grêle est rosée dans le quart supérieur de l'étendue de ce canal, mais elle a conservé son épaisseur et est seulement un

peu ramollie; dans le reste de sa longueur, elle paraît être à l'état physiologique. Le gros intestin n'offre rien de particulier; il contient quelques matières fécales moulées et très-dures, et une petite quantité de liquide injecté dans le rectum, peu d'heures avant la mort. Le foie est dans l'état naturel; la vésicule biliaire est remplie d'une bile peu épaisse et d'une teinte pâle. La rate, le pancréas, les reins, la vessie, l'utérus, le péritoine et les épiploons, sont sains. Parmi les ganglions mésentériques, il s'en trouve trois un peu plus volumineux qu'à l'état normal, et contenant un léger dépôt de matière plâtreuse semblable à celui que l'on a dit exister dans deux ganglions cervicaux.

Obs. XIII.e — Mademoiselle C....., de Clermont, âgée de 19 ans, ouvrière en corsets, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique nerveux, née d'un père qui a succombé à la phthisie pulmonaire, ayant elle-même été affectée du carreau dans son enfance, puis de scrofules, dont les symptômes n'ont disparu que vers l'âge de 12 ans, sous l'influence d'un traitement qu'elle a suivi à Genève où ses parens s'étaient fixés, commença à tousser au mois de mai 1829, à la suite d'un bain de pieds froid qui supprima une transpiration habituelle et abondante de ces organes. Dans le même temps, Mademoiselle C....., contracta la gale, dont elle fut guérie, au moyen des frictions avec l'onguent citrin. Cependant, la toux augmenta, et les crachats, d'abord blancs et clairs, devinrent bientôt épais, opaques, jaunes de soufre et quelquefois verdâtres. La menstruation, peu régulière jusques-là, se dérangea de plus en plus; il survint du malaise, de la difficulté de respirer, particulièrement le soir, moment où la face se colorait fortement et où le pouls prenait un caractère fébrile; dans la nuit, le sommeil était de courte durée, agité et accompagné de sueurs très-fortes; l'ap-

pétit diminua et les garde-robes devinrent diarrhéiques. Je fus consulté le 11 décembre, pour la première fois. Le côté gauche de la poitrine percuté rend, immédiatement au-dessous de la clavicule, un son assez clair; aux environs de ce point, matité bien tranchée s'étendant jusqu'au tiers inférieur qui résonne un peu. A droite, matité dans le quart supérieur. Le sthétoscope fait entendre distinctement de la pectoriloquie dans le tiers supérieur du côté gauche, tant en avant et en arrière que sous l'aisselle; tiers moyen de ce poumon imperméable à l'air; respiration faible et râle sous-crépitant dans le tiers inférieur. A droite, la respiration manque dans le quart supérieur, partout ailleurs elle est naturelle et s'accompagne seulement d'un peu de râle muqueux; bronchophonie en arrière, le long de la colonne vertébrale. Décubitus impossible sur le côté gauche; dyspnée et battemens du cœur précipités pendant la marche ou par l'action de monter, peu d'appétit, constipation. La malade fut mise à l'usage des préparations opiacées et de digitale jusqu'au 24 janvier 1830, mais sans aucune espèce d'amélioration, et ce jour là, les inspirations de chlore furent commencées au nombre de six, et à la dose de cinq gouttes, et portées au nombre de douze dès le 27, avec augmentation de deux gouttes par chacune d'elles; mais le 31, il y avait menace d'hémoptysie, et il fallut les suspendre. (*Boissons mucilagineuses; diète lactée.*)

Du 1.er au 12 février. L'état de la poitrine a permis, le 6, de reprendre l'usage du chlore, et les inspirations sont aujourd'hui à la dose de 9 gouttes. (*Chocolat au salep.*)

Du 13 février au 10 mars. La malade éprouve un peu d'amélioration; les règles ont paru; les inspirations ont été faites à la dose de 10 à 28 gouttes. Aujourd'hui, il y a urgence de les suspendre en raison des signes très-prononcés qui font craindre une hémoptysie. Du reste, la

toux, l'expectoration, la fièvre vespérale, les sueurs ont diminué. L'appétit est bon et les digestions faciles. (*Poudre de digitale et de pulsatille opiacée.*)

Du 11 mars au 10 avril. Alternatives de pis et de mieux. L'état des poumons permet aujourd'hui de reprendre les inspirations, qui sont commencées à la dose de 3 gouttes. (*Pilules de cynoglosse; alimentation un peu plus substantielle.*)

Du 11 avril au 6 août. Le rétablissement s'est opéré lentement, et a été de temps en temps entravé par de petites exaspérations passagères des symptômes; enfin, aujourd'hui, il semble parfait, car mademoiselle C..... dit ne s'être jamais mieux portée. La poitrine est revenue à l'état sain; la matité, la pectoriloquie, les râles muqueux et sous-crépitant n'existent plus; la bronchophonie seule est encore entendue le long des gouttières vertébrales. Les forces ont reparu, l'embonpoint commence à renaître, la respiration n'est gênée dans aucune position, et l'action de monter ne produit pas le moindre essoufflement; la menstruation est encore irrégulière, mais elle n'a jamais été autrement. Le chlore, donné à des doses qui ont varié de 4 à 18 gouttes, sera continué encore à doses décroissantes pendant le restant du mois.

Mademoiselle C..... est partie le 1.er septembre pour la campagne où elle est restée jusqu'au 21 octobre, et a continué de se porter bien. Je l'ai revue depuis son retour; son état est toujours aussi satisfaisant, et annonce une guérison solide.

Cette malade a été vue et explorée, pendant et depuis sa maladie, par MM. de Caignou et Pontonnier.

Parmi les treize observations dont je viens de donner un aperçu très-court, il en est deux qui, sans doute, paraîtront moins concluantes que les autres : la I.re, parce que les renseignemens fournis par la percussion et l'aus-

cultation sont peu précis; la VIII.e, parce que les poumons du sujet contiennent encore évidemment des masses tuberculeuses qui peuvent, sous l'influence d'une cause même légère, se ramollir et reproduire tous les accidens déjà observés. Mais il n'en est pas ainsi des onze autres; la XII.e, entre autres, en raison de la mort par une cause tout-à-fait étrangère à l'affection de l'organe pulmonaire, et de l'examen nécroscopique qui en a été la suite, me paraît du plus haut intérêt, et offre assurément un exemple frappant des résultats avantageux qu'on peut attendre du chlore administré contre la phthisie tuberculeuse. Quelle que soit l'opinion que s'en forment les praticiens, les faits que je viens de citer devront au moins les engager à expérimenter avant de se prononcer sur l'efficacité ou l'inutilité des inspirations chloreuses, et c'est tout ce que je me suis proposé en rédigeant ce premier mémoire. Une seconde série de faits servira à prouver que, dans les cas où le succès n'a pas été aussi complet, ou même a été nul, au moins les malades ont éprouvé un soulagement notable, et que leur existence a semblé se prolonger au-delà du terme qu'on pouvait rationnellement lui assigner après avoir reconnu les lésions profondes dont leurs poumons étaient le siége.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION,

RÉDIGÉ PAR MM. BOISSEAU, BOUILLAUD, BRICHETEAU, DEZEIMERIS ET GAULTIER DE CLAUBRY.

La Société médicale d'Emulation, convaincue de la nécessité d'offrir à ses correspondans un moyen direct de publication,

pour les faits pratiques qu'ils lui transmettent, a décidé qu'à l'aveuir le Bulletin de ses travaux serait inséré dans un Journal, et elle s'est en conséquence entendu à cet égard avec la Commission administrative des *Archives générales de Médecine.* Cette mesure, qui ne peut qu'accroître le zèle des correspondans de la Société, a été prise principalement dans leurs intérêts. Elle les invite en conséquence à lui adresser, avec un nouvel empressement, les résultats de leur expérience et de leurs méditations. Accueillis avec cordialité par des confrères bienveillans qui en apprécieront l'importance, leurs travaux contribueront aux progrès de l'art de guérir et à l'avancement de la science de l'homme. La Société médicale d'Emulation en recevra le lustre qui s'attache à la publication des productions utiles. Autant que les circonstances le permettront, la publication sera faite dans l'ordre des envois par ses correspondans.

Observations sur les accidens déterminés par le séjour des corps étrangers dans l'œsophage; par J. T. MONDIÈRE, *D. M. P., membre de la Société médicale d'Emulation, du Bureau de charité du 3.ᵉ arrondissement, et de la Société générale de Prévoyance.*

Depuis la publication de l'excellent mémoire d'Hévin sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, on a peu ajouté à nos connaissances sur ce point important de la chirurgie, et si l'on en excepte l'emploi de quelques instrumens modifiés ou inventés dans ces derniers temps, on ne trouve dans les écrits qui ont paru depuis près d'un siècle, qu'une analyse sèche et le plus souvent incomplète du beau travail de notre académicien. Mais, il faut le dire, si les préceptes thérapeutiques relatifs à cette partie de la médecine sont restés à-peu-près tels qu'Hévin les a établis d'après l'expérience des siècles, c'est à la nature du sujet qu'il faut s'en prendre. En effet, dé-

barrasser l'œsophage du corps qui l'irrite ou l'obstrue entièrement, fut, pour les chirurgiens de tous les âges, la première indication à remplir. D'accord sur le but qu'ils devaient se proposer d'atteindre, ils le furent encore sur le choix des deux méthodes qui long-temps furent les seules mises en usage, l'extraction et la détrusion dans l'estomac. Mais ils dûrent nécessairement différer bientôt sur les moyens et les instrumens qu'il convenait d'employer. Chacun dût, suivant les circonstances, et l'on sait combien elles sont variées dans le sujet qui nous occupe, inventer et modifier ces instrumens qui tous demandent encore à être connus, depuis la simple baleine armée d'une éponge, jusqu'à la pince modifiée de J. Hunter, et au parasol de M. Rivière; car si l'on doit considérer comme une simple curiosité historique la connaissance des instrumens qui étaient employés il y a deux siècles dans l'opération de la taille, par exemple, il n'en est pas de même pour ceux qui sont destinés à l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. Là tous les faits de pratique se ressemblent, à quelque chose près; ici, au contraire, il est rare de rencontrer de suite deux cas parfaitement identiques; et tel instrument dont on s'est servi avec succès dans une circonstance, peut devenir inutile et même nuisible dans une autre. Aussi n'a-t-on jamais pu établir de règles générales et applicables à tous les cas; chacun d'eux, pour ainsi dire, offrant des circonstances particulières, dépendantes et des malades et des corps étrangers.

Ce n'était donc que par des exemples multipliés que l'on pouvait jeter quelque jour sur cette matière; et Hévin était bien pénétré de cette idée, puisque c'est sur elle seule que repose entièrement la division de son travail, choix judicieux des faits publiés par ses prédécesseurs et ses contemporains. Personne, après lui, n'a

essayé de traiter ce sujet ; l'expérience de près d'un siècle n'aurait pu que justifier, par de nouveaux faits, les préceptes qu'il donne.

Mais si l'exécution de son travail laisse peu de choses à désirer sur les moyens de remplir les indications variées que la pratique peut offrir, nous devons regretter qu'Hévin n'ait pas abordé la discussion de ces cas obscurs de diagnostic, où l'on suppose dans l'œsophage la présence d'un corps étranger, et ceux, non moins nombreux et plus terribles dans leurs suites, où on la méconnaît. La même réflexion s'applique aux accidens que font naître ces corps étrangers. Cette lacune, elle existe dans les ouvrages les plus modernes. Nous possédons quelques faits qui nous semblent propres à jeter quelque jour sur cette matière, mais ils sont encore trop peu nombreux pour que nous osions entamer cette discussion, et nous ne voulons aujourd'hui appeler l'attention que sur les accidens causés par les corps étrangers qui séjournent dans l'œsophage.

Ce n'est que dans la quatrième partie de son mémoire qu'Hévin donne quelques détails sur ces accidens, détails bien insuffisans, et qui, en ne présentant que des cas dont l'issue a été heureuse, pourraient devenir nuisibles, en rendant les jeunes chirurgiens trop confians dans les ressources de la nature, et en leur faisant abandonner trop promptement la recherche des corps qui peuvent s'arrêter dans l'œsophage.

S'il est certain qu'il peut quelquefois y avoir de l'inconvénient à multiplier ces recherches, on ne saurait disconvenir aussi que dans la majorité des cas on peut y procéder sans danger, pour peu qu'elles soient faites avec ménagement, à quelque intervalle les unes des autres, et si surtout on s'attache à combattre l'inflammation, qui est la contre-indication la plus ordinaire : et si cette ex-

pectation, conseillée par beaucoup d'auteurs, peut être sanctionnée par des faits, nombreux sans doute, où des corps étrangers, après un séjour plus ou moins long, ont été expulsés naturellement, soit par le vomissement, soit en se frayant un passage à travers les parties molles, nous allons tâcher de prouver aussi par des faits, et ils sont tout en médecine, qu'il ne faut pas toujours compter sur un résultat aussi avantageux.

Notre but sera atteint si nous pouvons prémunir les jeunes praticiens contre une sécurité à laquelle ils ne pourraient pas toujours s'abandonner sans regret.

Lorsqu'un corps étranger s'arrête dans l'œsophage, il peut faire naître des accidens, soit en raison de sa forme, soit en raison de son volume. Ces accidens se développent aussitôt après la déglutition de ce corps ou après un temps plus ou moins long Aux premiers appartiennent la suffocation, les convulsions et le spasme de l'œsophage. Les seconds, beaucoup plus nombreux, sont toujours une suite de l'inflammation; il faut en excepter cependant la dilatation, accident que l'on voit arriver quand les corps étrangers agissent d'une manière purement mécanique.

Parmi les accidens primitifs, nous ne rangeons pas la douleur dans un point quelconque de l'œsophage, la toux, la gêne de la déglutition, ni cette sensation particulière qui le plus ordinairement existe vers la partie supérieure de l'œsophage, quel que soit l'endroit que le corps étranger y occupe, symptômes qui offrent par eux-mêmes moins d'inconvéniens qu'ils ne fournissent de lumières au diagnostic.

Spasmes. — Il arrive souvent qu'un corps étranger, par sa présence, détermine dans l'œsophage et dans les parties voisines, un état spasmodique tel, que fortement pressé, il ne peut ni descendre dans l'estomac, ni être

retiré par la bouche. Le cas le plus remarquable de ce genre est celui que rapporte M. Dupuy. Son doigt introduit dans l'œsophage fut tellement serré par la contraction des parois de ce canal, qu'il eut quelque peine à l'en retirer. Il pratiqua une saignée continuée jusqu'à défaillance, et le corps étranger put facilement être extrait (1).

On trouve dans les auteurs beaucoup de faits analogues.

Convulsions. — D'autres fois il survient des convulsions générales qui peuvent faire craindre pour la vie des malades. Fabrice de Hilden rapporte (*cent.* 1, *obs.* 36), qu'un jeune homme avala un petit os qui s'arrêta dans l'œsophage, et causa des convulsions très-violentes et qui auraient peut-être suffoqué le malade, s'il n'eût fait promptement descendre ce corps étranger dans l'estomac. M. Tastain cite un cas semblable (*Acad. de Chir.*, I, p. 522, in-4.°) M. Godinet, médecin à Yrieix, a vu une jeune fille dans le gosier de laquelle s'arrêta une arête de poisson ; aussitôt, douleurs vives suivies des convulsions générales les plus violentes et les plus alarmantes. On essaya de lui faire boire de l'eau dans un verre qu'elle brisa entre ses dents, par un mouvement involontaire dépendant de l'état convulsif où elle se trouvait. Plusieurs fragmens de verre avalés s'arrêtèrent dans le pharynx, où ils augmentèrent les accidens. Quatre jours après, la malade les rejeta par le vomissement, et avec eux l'arête de poisson ; dès-lors tous les accidens cessèrent. (*Annales de Montpellier*, III, 230). M. le baron Larrey a vu survenir des accidens plus graves dans une circonstance analogue, chez un militaire qui avait avalé une arête de poisson : il survint une vive inflammation, et bientôt des symptômes tétaniques se manifes-

(1) *Nouvelle Biblioth. méd.*, part. *vétérinaire*, vol. III, page 125.

tèrent ; les mâchoires étaient serrées, les muscles de la face étaient dans une raideur tétanique, le pouls était accéléré, des soubresauts fréquens se faisaient remarquer dans les muscles des membres supérieurs. Ces accidens cédèrent aux émolliens et aux antispasmodiques, et l'arête fut entraînée par la suppuration. (*Campagnes d'Egypte*, page 234.)

Suffocation. — Mais de tous les accidens primitifs, le plus à redouter, car les malades périssent souvent avant qu'on ait le temps de leur porter du secours, c'est la suffocation. Produite dans tous les cas par des corps étrangers d'un certain volume, elle est d'autant plus à craindre, que ceux-ci s'arrêtent plus près de la partie supérieure de l'œsophage. L'anatomie nous rend compte de cette particularité : elle nous apprend en effet que c'est là que ce conduit est le plus étroit, et qu'il correspond le plus directement à la trachée-artère.

Dans la généralité des cas, et les auteurs en sont remplis, la mort a été presque instantanée ; cependant elle peut ne pas avoir lieu sur-le-champ : telle est l'observation que nous rapporte Ledran. Un homme avala un morceau un peu gros d'une éclanche de mouton qui s'arrêta dans l'œsophage : cet homme se retira de la compagnie pour tâcher de le rejeter. Ceux qui étaient présens ne s'étaient point aperçus de l'accident, ils crurent qu'il était sorti pour satisfaire quelque besoin. Cependant la compagnie étonnée de ne pas le voir revenir, commença à s'inquiéter ; on fut le chercher, et on le trouva mort appuyé contre un mur. (*Acad. de Chirurg.*, loc. cit.) S'il était besoin de confirmer, par de nouveaux faits, les observations d'Ambroise Paré, Fabrice de Hilden, de Lamothe, Puzos, Becker, Suéton, Schenkius, Habicot, etc., etc., nous rapporterions le fait d'un homme que nous avons eu occasion de disséquer à la fin de l'hiver

de 1828. Ce malheureux, dont l'embonpoint était bien conservé, et dont tous les organes gorgés de sang annonçaient une mort prompte et par asphyxie, avait été suffoqué par un tendon de bœuf arrêté à la partie supérieure de l'œsophage. Nous ne pûmes nous procurer de renseignemens sur ce malade : déjà il avait servi à des préparations anatomiques, lorsqu'on nous le livra pour la dissection; et sans doute, comme à ceux chargés du service de l'hôpital où il fut d'abord conduit, la cause de la mort de ce vieillard, privé de dents, nous aurait échappé, si nous n'eussions dirigé nos études vers les organes de la déglutition. Déjà, en examinant la structure de l'estomac, nous avions été surpris de trouver dans son intérieur deux ou trois bouchées de *bouilli*, nullement altéré par la digestion; mais ce fait s'expliqua facilement quand nous eûmes trouvé le corps étranger qui, fortement engagé dans la partie supérieure de l'œsophage, comprimait la trachée-artère.

Non-seulement cette mort par asphyxie peut être causée par des corps étrangers qui, dans la déglutition, s'arrêtent dans l'œsophage, mais encore par ceux qui remontent dans ce canal de la cavité de l'estomac où ils étaient contenus.

Houllier dit qu'une fille qui s'était remplie l'estomac de poumon de bœuf, fut prise de vomissemens par lesquels un morceau de poumon qu'elle avait avalé fut poussé dans l'œsophage, où il s'arrêta. Ce corps étranger causa de fâcheux accidens, qui cessèrent après sa sortie par la bouche avec des efforts violens. Le même auteur rapporte encore un fait semblable, mais la suffocation fut plus imminente. (*Acad. de Chir.*, T. I, p. 456.)

Dans les deux cas précédens, les malades ne succombèrent pas : il n'en fut pas de même du maçon dont nous devons l'observation à M. de la Prade (*Compte rendu des*

Travaux de la Société de Médecine de Lyon, 1821, p. 62.) Cet homme étant mort subitement, l'ouverture du corps fut ordonnée : on trouva un gros peloton de vers lombrics dans l'œsophage, à la hauteur de la glande thyroïde. Borsieri dit avoir vu un fait semblable chez une jeune fille. (*Inst. Med. Prat.*, Vol. IV, p. 291.) Cette présence des vers dans l'œsophage n'est pas très-rare. M. Méplain nous apprend que sur quarante-quatre enfans qu'il a vu succomber à des affections vermineuses, et dont il a fait l'autopsie, vingt-neuf étaient morts dans les convulsions, et il a trouvé, sur dix-sept, des vers dans l'estomac; sur sept, dans l'estomac et dans l'œsophage; sur quatre, dans l'œsophage seulement; dans les fosses nasales chez un; chez les quinze autres individus qui n'avaient pas éprouvé de convulsions, les vers occupaient les parties plus inférieures du tube alimentaire. (*Journ. complém.*, T. XVII, p. 372.)

Inflammation. — Pour peu qu'un corps étranger séjourne quelque temps dans l'œsophage, il fait naître une inflammation qui cesse d'elle-même si on l'extrait promptement; dans le cas contraire, elle se termine par suppuration, et le corps étranger redevenu libre, ou est expulsé avec le pus et rejeté par la toux, ou descend dans l'estomac. Ce fait est établi par un si grand nombre d'observations, que nous ne croyons pas devoir en rapporter ici. Mais dans quelques cas les choses ne se passent pas ainsi : en effet, on a vu des corps étrangers, dont la présence dans l'œsophage était tantôt connue et tantôt ignorée, donner lieu à des accidens inflammatoires variés, à de longues suppurations, et dans quelques cas faire croire à l'existence de la phthisie pulmonaire.

Gastellier rapporte l'observation d'un jeune homme qui avala une pièce de six francs. Cette pièce s'arrêta à la partie moyenne de l'œsophage, et malgré tous les

moyens qui furent tentés, il fut impossible de la faire descendre dans l'estomac. Elle resta pendant dix mois à l'endroit où elle s'était arrêtée, et pendant ce laps de temps le malade fut sans cesse en proie aux douleurs les plus aiguës, aux convulsions et aux vomissemens de matières, tantôt alimentaires, et tantôt muqueuses, mêlées de pus et de sang. Enfin, il était arrivé au dernier degré de marasme, lorsqu'au bout de dix mois, à la suite de fortes convulsions et d'une syncope à laquelle on crut qu'il succomberait, l'écu de six livres descendit dans l'estomac. Gastellier avait voulu, dès le commencement, pratiquer l'œsophagotomie, mais les parens du malade s'y refusèrent. (*Recueil périodique*, T. XXIII, p. 147.) Il convient de rapprocher de cette observation celle de M. Tasserie. (*Annuaire du Dép. de l'Eure*, 1810.) Ce médecin avala, au mois d'octobre 1806, un os qui s'arrêta dans l'œsophage, et qu'il ne put faire descendre dans l'estomac. Dès-lors, suffocation, nausées, douleurs vives, crachement de sang assez abondant, toux fréquente, dont les accès produisirent le déplacement du corps étranger, et le firent descendre jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, où il s'arrêta. Ce ne fut que le 16 avril 1807 que M. Tasserie expulsa cet os, après une violente quinte de toux accompagnée d'un crachement de sang considérable. La partie qu'il occupait resta douloureuse, au point que le malade ne pouvait ni parler long-temps, ni faire une route un peu longue à pied, encore moins à cheval. Il expectora par intervalles des crachats purulens.

Dans les deux cas que nous venons de rapporter, la cause des accidens était parfaitement connue; il n'en fut pas de même chez un individu dont l'observation est consignée dans le même volume, page 321. Le corps étranger séjourna dix-sept mois dans l'œsophage, et donna lieu

à des symptômes tels que les médecins traitèrent le malade comme atteint de catarrhe, puis d'asthme suffocant.

Une méprise non moins fâcheuse nous est révélée par M. Gauthier de Claubry. Ce médecin rapporte l'observation d'un os qui séjourna quatorze ans dans l'œsophage, et donna lieu à la plupart des symptômes de la phthisie pulmonaire. En 1780, une jeune fille avale, en mangeant la soupe, un fragment d'os. Les accidens les plus graves survinrent. On crut que l'os était descendu dans l'estomac, parce qu'il ne subsista aucun des signes qui peuvent servir à faire reconnaître la présence d'un corps étranger dans l'œsophage. On ne s'occupa plus de la malade, qui mangeait et buvait assez facilement. Il lui restait seulement un enrouement, une voix un peu rauque et un léger malaise, que l'on supposa être la suite de l'irritation causée par le corps étranger, et les moyens qui avaient été mis en usage pour l'extraire et le faire descendre dans l'estomac..... Il se passa un certain temps sans accident remarquable, excepté un léger sentiment douloureux en avalant, et un peu de gêne quand la malade mangeait des substances plus consistantes que de coutume..... Après un laps de temps dont on n'a pas fixé la durée, la maigreur devint considérable, la voix s'éteignit, un enrouement très-fort se déclara, il survint une toux vive qui augmenta beaucoup en peu de temps. La malade devint jaune, la fièvre s'alluma, des douleurs à la poitrine se manifestèrent; les crachats devinrent épais, grisâtres et sanguinolens; les forces diminuèrent, et la malade, considérée par les médecins comme phthisique au second degré, fut traitée en conséquence..... Quatorze ans se passèrent dans cette succession d'accidens; ce fut alors que M. Gauthier de Claubry vit la malade, et au premier aspect, il la jugea parvenue au dernier degré de phthisie. Mais, par un examen plus attentif et par le sou-

venir de ce qui s'était passé, il revint de son premier jugement, et ne balança pas à attribuer toute cette longue série de symptômes fâcheux à la présence du corps étranger. En examinant la bouche, il la vit remplie et enduite de pus et de sang dans son fond. Il la fit laver, et il vit alors qu'elle était enflammée, et que cette inflammation augmentait à mesure qu'elle s'étendait vers le pharynx, où la malade sentait une vive chaleur. Il fit de légères pressions le long du cou, la malade fit un mouvement et dit sentir de la douleur lorsque les doigts pressaient le cou auprès de la clavicule du côté gauche. L'auteur se décida alors à employer l'émétique, mais au moment où il se préparait à commencer son traitement, la nature vint au secours de la malade : celle-ci eut des envies de vomir, puis des vomissemens, dans l'un desquels, après avoir senti une douleur dans la gorge, comme si quelque chose se déchirait, elle rejeta l'os qui, depuis quatorze ans, lui avait causé tant d'accidens. Le repos, des boissons mucilagineuses et émollientes, du bouillon de bœuf et de veau, par parties égales, furent conseillés. En peu de jours il se fit dans l'état de la malade un changement remarquable, et au bout de six semaines son rétablissement fut complet. (*Recueil périodique*, T. XXXIV, page 13.)

Nous avons vu, dans l'observation de Gastellier, un écu de six livres séjourner dix mois dans l'œsophage, et être enfin heureusement expulsé. Le militaire dont parle le docteur Martin (*Journ. Univers.*, vol. XLVI,) fut moins heureux. Ce médecin raconte qu'un caporal fut atteint tout-à-coup d'une hémorrhagie abondante : s'amusant avec ses camarades, il vomit sans cause connue, sans douleur préalable, les alimens du repas du soir, mêlés à une certaine quantité de sang, en partie liquide et en partie coagulé. Divers moyens furent inutilement mis en

usage; l'hémorrhagie continua et fit périr le malade. Ce fut seulement après la mort que le médecin apprit que ce militaire avait plusieurs fois avalé des pièces de six livres, qu'il rendait ordinairement quelques jours après par la voie des selles, et que depuis quinze jours il avait ingéré une pièce semblable, qui n'était pas sortie. A l'autopsie, on découvrit dans l'œsophage la pièce de monnaie, solidement retenue par les parois du conduit, à la hauteur de la bifurcation des bronches : elle était placée de champ, et avait perforé l'œsophage et l'aorte. On conçoit, d'après la manière dont le corps étranger était placé, que la respiration n'ait pas été gênée, et que la déglutition des solides et des liquides se soit continuée; mais ce qu'on a de la peine à comprendre, c'est que ce militaire ne se soit jamais plaint de la présence de la pièce de monnaie dans l'œsophage.

Squirrhe. — D'autres fois les corps étrangers, comme les épingles, les petits os, les arêtes, s'implantent dans les tuniques de l'œsophage, et y entretiennent une inflammation lente, chronique, et qui, favorisée par des dispositions individuelles que nous ne pouvons connaître, entraînent la dégénération squirrheuse de l'organe.

Ainsi, Littre nous rapporte l'observation d'une demoiselle qui succomba à un squirrhe de l'œsophage déterminé par une arête de poisson. (*Mém. de l'Acad. des Sciences*, 1716.)

Godelius, dans un rapport sur les travaux de la Société de Médecine de Suède, pendant l'année 1810, cite l'observation d'un rétrécissement squirrheux de l'œsophage, situé dans le thorax, et causé par une épingle. Il existait en même temps une inflammation du conduit et un petit ulcère gangréneux.

Ces observations me semblent confirmées par un fait que j'ai lu quelque part, d'une masse squirrheuse du

pylore, au milieu de laquelle on trouva une épingle implantée. On conçoit, au reste, que cet effet des corps étrangers de l'œsophage doit être rare. Nous ne connaissons que les deux faits que nous venons de citer.

Abcès. — Un accident beaucoup plus fréquent est celui que fait naître un corps étranger pointu et inégal, qui pénètre dans les tuniques de l'œsophage; tantôt il cause une inflammation qui se termine par la formation d'un abcès, dans l'épaisseur des parois de ce conduit, tantôt il les perfore, et parvenu au milieu des parties molles environnantes, il fomente une inflammation désorganisatrice, suivie le plus souvent de la mort; tantôt enfin, dans des cas plus heureux, il se fraie une route jusques à la surface du corps, sans causer d'accidens graves.

Rapportons quelques observations.

Les auteurs sont remplis d'observations de corps étrangers qui, après avoir fait naître un abcès dans l'œsophage, ont été expulsés avec le pus, aussi en rapporterons nous peu.

Hévin dit, dans son mémoire, qu'une femme qui mangeait de la morue, avala une arête assez grosse qui passa dans le gosier presque sans causer de douleur; elle sentit seulement, pendant deux jours, un léger picotement lorsqu'elle avalait des alimens solides. Mais le troisième jour, la douleur devint plus vive, elle fut suivie de fièvre, de difficulté d'avaler, même les alimens liquides. Plusieurs saignées que l'on fit coup sur coup, les premiers jours, n'empêchèrent pas le progrès des accidens; ils se terminèrent par une suppuration qui dégagea le corps étranger, que la malade rejeta par la bouche avec une assez grande quantité de pus, le septième jour.

M. Penel, dans sa dissertation inaugurale sur l'art de sonder l'œsophage (an XII) cite un cas intéressant dans

lequel l'abcès fut ouvert par un instrument dont on se servait pour pousser dans l'estomac le corps étranger qui était un anneau. Dodonæus, Plater, Foreest, Houllier, Fabrice de Hilden, etc., ont vu des faits semblables.

La mort peut être la suite de ces abcès, quand ils sont très-considérables. Plater nous apprend qu'un enfant qui mangeait d'une carpe, avala quelques grosses arêtes, qui pénétrèrent dans les parois de l'œsophage, et y causèrent de très-vives douleurs, avec une tumeur inflammatoire qui le suffoqua. (Pr. tome 1, p. 427).

Je ne dirai rien des corps étrangers qui, après avoir perforé les tuniques de l'œsophage, émigrent à travers nos parties, et viennent se présenter sous les tégumens dans un point plus ou moins éloigné du cou. On doit considérer ce résultat, moins comme un accident que comme une terminaison heureuse.

Nous ne dirons rien non plus de ces abcès qui s'ouvrent sur les parties latérales du cou, et fournissent une issue au corps étranger; quoique plus grave que le premier, ce résultat est rarement suivi d'accidens.

Nous arrivons à ces cas beaucoup plus graves, où un os, un fragment de verre, après avoir perforé l'œsophage, séjournent au milieu des parties molles, et donnent lieu à de vastes abcès purulens presque toujours mortels.

Dans la séance du 22 avril 1828, M. Gibert a donné à l'Académie de Médecine, lecture d'une observation recueillie par lui et M. Fourrier Duportail, sur un jeune homme de 24 ans, qui, ayant avalé un os de dinde, s'introduisit sans précaution dans l'œsophage, un poireau, pour le faire descendre dans l'estomac. Une douleur fixe resta au fond du pharynx, à l'origine de l'œsophage; la fièvre se manifesta et fut très-intense. La douleur fixée au niveau d'une des cornes de l'os hyoïde, et un léger

empâtement au côté gauche du cou, n'éveillèrent pas suffisamment l'attention de MM. Duportail et Gibert, qui ne pensèrent pas que le corps étranger pût être resté en ce point. Ils crurent qu'il n'existait qu'une œsophagite : en conséquence ils ne proposèrent ni ne tentèrent aucun moyen pour extraire cet os, la maladie fit des progrès, et le jeune homme périt le 13.e jour.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un foyer purulent du volume d'un œuf, situé à la partie gauche et supérieure de l'œsophage, au niveau de l'os hyoïde. Ce foyer, formé par du pus infiltré, avait été produit par l'os qui le traversait, et qui avait percé l'œsophage. (*Journ. génér.* T. 103, pag. 335.)

Hofer a vu un de ces abcès s'ouvrir dans la poitrine et être suivi de la mort. Un cordonnier âgé de 30 ans, d'une bonne santé, fort adonné au vin, brisait assez souvent le verre qui lui avait servi à boire, et après l'avoir réduit avec les dents, en petits fragmens, il les avalait. Cet exercice qu'il répétait souvent avec impunité, lui devint funeste; après avoir, dans une orgie, brisé et avalé un verre, il éprouva une douleur pongitive vers l'articulation de la clavicule gauche avec le sternum, qui augmentait dans la déglutition, et un sentiment de feu dans tout le côté gauche de la poitrine. Il réclama les secours d'un chirurgien, auquel il n'osa pas avouer la véritable cause de son mal, et il dit qu'en mangeant il avait avalé un os qui s'était arrêté dans le gosier. Le chirurgien, après avoir examiné la bouche et le pharynx, soupçonna que la cause du mal siégeait à la partie inférieure de l'œsophage, et parcourut plusieurs fois l'intérieur de ce conduit avec une baleine armée d'une éponge, mais la douleur augmenta beaucoup après ces tentatives, et le malade entra à l'hôpital, où l'on mit en vain en usage les saignées, les émolliens, les antispasmodiques. Aux douleurs ci-dessus men-

tionnées, se joignirent une anxiété précordiale, un pouls accéléré et petit, avec des intermittences très-rapprochées. Le malade ne tarda pas à succomber.

Autopsie. — Tous les organes abdominaux étaient parfaitement sains. Les cartilages des côtes coupés et le sternum enlevé, on trouva dans le côté gauche de la poitrine les boissons que le malade avait prises avant sa mort, et près de la colonne vertébrale un fragment de verre triangulaire. L'œsophage, au point correspondant à l'articulation de la clavicule avec le sternum, présenta une ouverture plus longue que le pouce, s'ouvrant dans la poitrine; la plaie était rendue béante par le gonflement de ses bords. Dans l'estomac, on trouva aussi des fragmens de verre, enveloppés dans du mucus. Le jéjunum contenait aussi du chyle et des fragmens de verre.

Adhérence de l'œsophage avec les vaisseaux environnans, et perforation.

Nous avons rapporté, plus haut, une observation de M. Martin, dans laquelle une pièce de six francs, qui, ayant perforé l'œsophage et l'aorte, donna lieu à une hémorrhagie mortelle. Les faits suivans prouveront qu'il n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire au premier abord, de voir un corps étranger enflammer l'œsophage, lui faire contracter des adhérences avec un gros vaisseau voisin, les perforer et causer ainsi la mort.

Wagret, dans un recueil d'observations publié en 1718, rapporte qu'un jeune homme périt d'hémorrhagie six semaines après avoir avalé un os qui s'arrêta à la partie moyenne de l'œsophage. L'autopsie fit découvrir une perforation de ce conduit et de l'aorte descendante. L'estomac était plein de sang.

Saucerotte rapporte dans le tome deuxième des *Annales de Montpellier*, l'observation d'un carabinier, qui, en mangeant la soupe, avala un fragment d'os d'épaule de

veau, caché dans des pommes de terre. Il éprouva dès-lors de vives douleurs vers l'orifice cardiaque de l'estomac; il ne vécut depuis que de bouillon, et entra deux jours après à l'hôpital, où le chirurgien en chef lui fit administrer des boissons mucilagineuses, les lénitifs, les huileux, etc. Il en sortit cinq jours après, paraissant ne plus guère souffrir, et croyant que le corps étranger était déplacé : il y rentra le soir du même jour, à cause de vomissemens considérables et fréquens de sang caillé qui continuèrent avec la même intensité. Le lendemain, Saucerotte fut prié de secourir ce malheureux; ce chirurgien fit chercher de la bougie, de la grosseur du petit doigt, qu'il trempa dans de l'huile et qu'il introduisit dans l'œsophage; de manière qu'à l'aide de plusieurs mouvemens, il délogea le fragment d'os qui fut rendu par le vomissement, avec beaucoup de sang coagulé. Cette hémorrhagie ayant toujours continué, le malade mourut le lendemain à quatre heures du matin. A l'ouverture du cadavre, Saucerotte trouva vers l'endroit correspondant à la sixième et à la septième côte, l'œsophage divisé perpendiculairement dans l'étendue de trois centimètres; la même solution de continuité intéressait une assez grosse veine qu'il crut être la demi-azygos. Il n'existait qu'un peu de phlogose autour de la division de l'œsophage et de la veine, sans infiltration dans le tissu cellulaire circonvoisin.

Dumoustier a vu l'œsophage enflammé par la présence d'un fragment d'os, contracter des adhérences avec la carotide, et l'ulcération de ce vaisseau donner lieu à une hémorrhagie mortelle. (*Dict. abrégé*, T. XI, 548.)

M. Lamenain, officier de santé à Rochefort, a communiqué le fait suivant. Un individu entre à l'hôpital avec les symptômes d'une pneumonie du côté gauche, et un point douloureux près la colonne vertébrale. (*Diète, saignées, boissons mucilagineuses.*) Les accidens semblè-

rent se calmer, mais le dixième jour, après un accès de toux, le malade vomit des flots de sang vermeil, et mourut en moins de cinq minutes. A l'ouverture du cadavre, on trouva les traces de la pneumonie. L'œsophage présentait, vers le milieu de la poitrine, une ulcération de la largeur d'une pièce de vingt sous, qui avait déterminé celle de l'aorte, puis la rupture de cette artère, à deux pouces au-dessous de sa grande courbure. A l'endroit de cette crevasse qui avait au-moins six lignes d'étendue, se trouvait un petit os d'un pouce de longueur. On sut que le malade l'avait avalé huit ou dix jours auparavant. (*Archives de Méd.* T. VI, 302.)

M. Dubreuil, fils, chirurgien à Brest, rapporte l'observation suivante. Un militaire condamné aux travaux forcés pour désertion, entra à l'hôpital, et présenta pour symptômes : agitation générale, céphalalgie frontale intense, pâleur de la face, état saburral de la langue, expectoration muqueuse abondante, gonflement des amygdales, douleurs vagues au col et à la poitrine, sans détermination précise du point le plus douloureux, respiration entrecoupée, petitesse du pouls, constipation. La déglutition s'opérait sans trop grande difficulté, et sans provoquer la toux et le vomissement. Le malade ne put assigner aucune cause probable à son mal, et ajouta avec une sorte d'indifférence que plusieurs jours auparavant, il présumait avoir avalé un morceau de viande, peut-être même un os, mais qu'au reste il *l'avait rendu*, ce sont ses expressions. Le malade fut jugé atteint d'une inflammation du pharynx ou des voies aëriennes et traité en conséquence. Dans la nuit du cinquième au sixième jour, après s'être longtemps promené dans les salles, il poussa un cri, rendit par la bouche des flots d'un sang vermeil, et expira.

Autopsie. — Embonpoint conservé. L'œsophage était très-enflammé à sa partie supérieure. La portion de ce

conduit situé à l'endroit où il dévie à droite pour faire place à l'artère aorte, était ouverte longitudinalement dans l'étendue de près d'un demi pouce, sans qu'il y eût aucun épanchement dans la poitrine. La portion de l'aorte thoracique qui succède immédiatement à la crosse de cette artère, et affecte une direction verticale pour dévier ensuite à gauche, était ouverte antérieurement dans l'espace de trois à quatre lignes, et dans un parallélisme parfait avec la solution de continuité de l'œsophage. L'os qui avait perforé l'aorte, se trouvait entre ce vaisseau et l'œsophage. (*Journal Universel*, T. IX).

Enfin, M. Kirby (*Dublin, hospital reports*, Tom. II, pag. 224), dit qu'il fut appelé pour donner des soins à une femme qui avait avalé un os avec d'autres alimens, et qui malgré l'opération de la trachéotomie, mourut de suffocation, et d'une hémorrhagie qui semblait provenir de l'intérieur de l'œsophage. A l'ouverture du cadavre on trouva, outre les alimens qui comprimaient la trachée artère, une esquille osseuse qui avait percé la paroi postérieure gauche de l'œsophage, et blessé l'artère sous-clavière droite qui, contre sa distribution ordinaire, passait de gauche à droite, de la crosse de l'aorte, d'où elle naissait, pour se diriger vers l'épaule droite entre la colonne vertébrale et l'œsophage.

A cet ordre de faits appartient sans doute une observation consignée par Revolat, dans le Tome IX des *Annales de Montpellier*. Un grenadier avala un os qui détermina divers symptômes; au bout de vingt-un jours, vomissement de sang abondant, mort. L'estomac fut trouvé plein de sang. Deux perforations existaient, l'une au quart supérieur, l'autre vers l'orifice cardiaque de l'œsophage. On n'a pas cherché à s'assurer quel était le vaisseau qui avait fourni cette hémorrhagie.

Les symptômes et la terminaison de ce fait nous ont pré-

senté tant de rapports avec ceux que nous avons cités plus haut, que nous avons cru devoir l'en rapprocher. La même réflexion s'applique à une observation de Gockelius. (*Obs.* pag. 733), et à une autre du docteur Laurent Lovadina, dans laquelle tout porte à croire que ce fût la veine cave qui fut ouverte. (*Journal Complémentaire*, Tom. I.er pag. 93).

Adhérence de l'œsophage avec la trachée-artère et perforation de ces deux conduits. — M. Dupuytren cite l'observation d'un sujet chez lequel l'œsophage s'est ouvert dans la trachée-artère, de telle sorte qu'une partie des boissons et des alimens étaient ensuite rendus par l'expectoration, et avec un accès de toux; la mort fut la suite de cet accident. (*Diction. abrégé*, T. XI).

Cette observation, telle que la rapporte l'auteur de l'article, est bien incomplète sans doute, mais elle peut servir à prouver la possibilité de la perforation du conduit aérien par un corps étranger arrêté dans l'œsophage, possibilité qu'établissent parfaitement les rapports anatomiques des deux organes.

A ce fait de M. Dupuytren, il faut joindre celui que l'on trouve dans le premier vol. des *Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, page 462. M. Mesnier fut mandé pour voir une femme, qui, en mangeant la soupe, avait avalé un éclat d'os de bœuf, long d'un travers de pouce. Cet os s'arrêta dans l'œsophage, et ne put ni être extrait, ni être poussé dans l'estomac. Seulement les tentatives que l'on fit eurent pour résultat de déplacer l'os, et de faire cesser presqu'entièrement la douleur, à la réserve d'un picottement que cette femme ressentit pendant quatre mois, lorsqu'elle avalait quelques alimens. Il survint par la suite une fièvre intense, une difficulté de respirer, une douleur vive tout le long du côté droit de l'œsophage, avec un bruit ou grésillonnement d'air dans le gosier : la ma-

lade était dans un péril imminent : M. Mesnier la saigna trois fois, et lui fit prendre les remèdes indiqués dans une inflammation de poitrine. Lorsque les accidens furent un peu calmés, elle cracha du pus sans tousser, et elle recouvra peu-à-peu la santé. Il lui resta seulement ce bruit ou grésillonnement dont nous avons parlé et un peu de douleur à la gorge. Du reste, elle avalait facilement toutes sortes d'alimens; enfin, au bout de dix mois, cette femme rejeta l'os en éternuant, et en toussant avec beaucoup de violence.

Ce qui nous fait croire à la communication de l'œsophage et de la trachée-artère dans ce cas, c'est ce grésillonnement d'air que l'on entendait quand la malade respirait; et la légèreté des symptômes ne peut ici être invoquée contre cette manière de voir, car un observateur judicieux, M. Andral, rapporte un cas de communication de ces deux conduits, par suite d'ulcération, sans qu'il en résultât d'autres inconvéniens, qu'un peu de gêne et de toux lorsque la malade avalait. (*Clinique méd.* T. II, page 9. I.ere Edition).

Dilatation. — Il nous reste maintenant à parler de deux accidens beaucoup plus rares que tous ceux qui viennent d'être examinés; la dilatation du pharynx en forme de sac et la carie des vertèbres.

Nous extrairons la première observation de dilatation du pharynx, du troisième volume du *Medical observations and Inquiries*, et l'intérêt qu'elle présente nous engage à en donner une analyse assez longue.

Un distillateur de Bristol, âgé d'environ 60 ans, réduit au dernier degré de marasme, réclama les soins du docteur Ludlow dans le mois de juin 1764. Depuis trente-six heures il n'avait pu faire parvenir dans son estomac aucune substance alimentaire, et son état parut si désespéré à M. Ludlow, qu'il demanda une consultation.

MM. Barret et Townsend lui furent adjoints : le malade leur rapporta que cinq ans auparavant il avait avalé un noyau de cerise qui s'arrêta dans le gosier, d'où il fut expulsé trois jours après dans un fort accès de toux. Pendant que ce corps étranger séjourna dans le pharynx, la déglutition fut un peu difficile, mais le malade n'en mangea pas moins comme auparavant, et persuadé que la gêne qu'il éprouvait tenait, non au séjour du noyau, mais à l'irritation qu'il avait produite en descendant dans l'estomac, il ne consulta personne. Après l'expulsion du noyau, il éprouva pendant long-temps une assez vive douleur dans l'endroit où ce corps avait séjourné. Une année après environ, il observa que, une heure et quelquefois deux heures après avoir mangé, une partie des alimens revenaient dans la bouche sans avoir subi aucune altération. La quantité des matières ainsi rejetées augmenta graduellement, et le temps qui s'écoulait entre le repas et cette espèce de régurgitation diminua aussi, au point que souvent, au milieu du dîner, les alimens revenaient ainsi si subitement dans la bouche, et surtout quand le malade buvait, qu'il était près d'être suffoqué. Enfin il arriva un moment où il ne put avaler plus de quatre cuillerées de suite sans que les alimens remontassent dans la bouche par un mécanisme analogue à celui de la rumination. Il s'assura par l'expérience que la quantité des matières qu'il rejetait ne surpassait celle des alimens qu'il avait pris, que de la quantité de salive que l'on pouvait raisonnablement supposer s'y être jointe.

D'après toutes ces circonstances, il parut suffisamment prouvé aux consultans que ce n'était point l'estomac, mais bien l'œsophage qui était le siége de la maladie, et ils crurent à l'existence d'un rétrécissement squirrheux. Pour acquérir plus de certitude, ils introduisirent une sonde qui ne descendit pas au-delà de l'endroit où l'œso-

phage pénètre dans la poitrine; on fit même avaler au malade une assez grande quantité de mercure, qui ne descendit pas dans l'estomac; il fut soutenu au moyen des lavemens nourrissans pendant treize jours, temps après lequel il s'éteignit.

Vingt-quatre heures après la mort, M. Ludlow fit l'autopsie en présence des docteurs Lyne et Townsend. Après avoir ouvert la poitrine et l'abdomen, il écarta le cœur et les poumons, et découvrit aussitôt un vaste sac musculaire situé entre l'œsophage et la colonne vertébrale. Ce sac, qui était pendant et sans nulle adhérence, se portait à droite, et descendait jusque dans la poitrine. Une dissection attentive des parties démontra que cette poche, qui contenait encore le mercure que le malade avait avalé, était formée par une dilatation de toute la partie postérieure du pharynx. L'épaisseur et la structure de la poche et du pharynx étaient si bien les mêmes, qu'il était impossible de distinguer le point où avait commencé la dilatation. L'œsophage était considérablement aminci dans tous les points où il se trouvait en rapport avec le sac; l'ouverture par laquelle il communique avec le pharynx était très-rétrécie, mais ce rétrécissement devait nécessairement être plus ou moins grand, selon que la poche était distendue par une quantité plus ou moins considérable d'alimens.

L'auteur a joint à son observation trois figures qui représentent le sac vu sous toutes ses faces et dans ses rapports avec l'œsophage. Ces planches donnent une idée plus précise de la chose, que ne pourrait le faire la plus longue description, aussi y renvoyons-nous.

Dans les réflexions qui accompagnent cette observation, et que nous sommes obligés d'abréger, M. Ludlow ne balance pas à regarder le noyau de cerise comme la cause première qui détermina la formation du sac. Il

suppose que ce noyau, arrêté dans les replis du pharynx et continuellement poussé par le bol alimentaire dans l'acte de la déglutition, a fini par se creuser une cavité au moins égale à son volume; qu'après avoir été rejeté, il a dû laisser cette même cavité libre; et enfin, que celle-ci a dû augmenter graduellement par le séjour des alimens. Cette première explication admise, tous les autres phénomènes deviennent faciles à comprendre; tels sont le développement graduel du sac, le rejet des alimens par la contraction de ses fibres musculaires, et l'impossibilité de rien faire parvenir dans l'estomac vers la fin de la maladie, dysphagie due au changement de direction et à l'espèce de froncement de l'orifice supérieur de l'œsophage dans l'état de vacuité de la poche, et due au contraire à la compresion que cette même poche exerçait sur la partie moyenne de l'œsophage, quand elle était distendue par les alimens.

Gianella, cité par Borsieri, a eu occasion de voir un fait semblable, et quoiqne la cause première de la maladie soit restée ignorée, elle se rattache de si près à notre sujet, que nous ne croyons pas devoir la passer sous silence. Au mois de décembre 1782, succomba un prêtre âgé de 60 ans, réduit au dernier marasme, par une dysphagie œsophagienne, dont il avait commencé dès sa première jeunesse à éprouver les accidens. Dès cette époque, il ne pouvait manger que lentement, et il était obligé, pour faciliter la déglutition, d'exercer avec la main une compression sur la gorge. Dans les derniers temps de sa vie, les alimens qu'il prenait, ceux même qui étaient liquides, ne pouvaient point arriver jusqu'à l'estomac, et il ne tardait pas à les rejeter. A l'ouverture du cadavre, la seule lésion que l'on trouva fut la suivante: l'orifice supérieur de l'œsophage était rétréci; en arrière de l'œsophage, entre ce conduit et les vertèbres cervi-

cales, existait une cavité en forme de poche dans laquelle les alimens étaient reçus, et qui s'étendait depuis le pharynx jusqu'à six et sept travers de doigt au-dessous. La partie la plus large de cette poche était l'ouverture par laquelle elle communiquait avec le conduit œsophagien. Aussitôt que les alimens parvenaient au point rétréci de l'œsophage, au lieu de suivre la route naturelle, ils descendaient dans cette poche, où ils séjournaient jusqu'à ce qu'une contraction spasmodique de ses parois les fit rejeter au-dehors. Cette poche était donc comme une sorte de hernie de l'extrémité postérieure et inférieure du pharynx. (*Inst. med. pract.* IV, *de Disphagiâ.*)

Blasius a vu dans deux cas cette dilatation portée si loin, qu'il la regarda comme un second ventricule. (*Obs. anat.*, page 120.)

Depuis que nous avons écrit ce passage, nos recherches nous ont fait connaître un assez grand nombre de ces dilatations de l'œsophage; mais il nous reste encore à déterminer si cet état anormal tient à un vice primitif de conformation, à une dilatation de toutes les tuniques du conduit ou à une hernie de la muqueuse, à travers les plans des fibres charnues.

Carie des vertèbres. — Dans un seul cas à nous connu, un corps étranger arrêté dans le pharynx a paru produire la carie des vertèbres cervicales.

Un enfant de 22 mois avala le 15 janvier 1806, en mangeant de la soupe, un petit os plat et triangulaire. Ce corps arrêté dans le pharynx détermine de la douleur, des quintes de toux, des vomissemens, et une altération sensible de la voix. Le lendemain, le cou est tuméfié, la voix rauque et la tête penchée de côté : cependant l'enfant ne se plaint point, boit, mange à l'ordinaire, et la présence d'un corps étranger dans le pharynx n'est pas soupçonnée. Des cataplasmes émolliens font dissiper en quelques

jours le gonflement du cou, mais la tête reste inclinée à droite, la voix demeure rauque, et l'haleine prend une odeur fétide. M. Fleury est appelé en consultation vingt-six ou vingt-sept jours après l'accident, et trouve la tête de l'enfant inclinée à droite et renversée en arrière; mais l'état de la voix, une respiration sifflante, une toux pénible, lui font présumer une inflammation chronique de la membrane muqueuse du larynx; le docteur Massier est du même avis. On prescrit une potion émétisée, des sangsues, et un vésicatoire sur la partie antérieure du cou. Quelques jours après, on fait une consultation, à laquelle sont appelés MM. Monestier et Dulac. On examine le cou, et l'on voit les muscles trapèze, splénius et complexus fortement tendus, et une saillie à gauche formée par l'apophyse transverse des premières vertèbres cervicales. Les consultans pensent que ces accidens sont dus au tétanos. Les vermifuges unis aux antispasmodiques les plus puissans sont administrés; on applique ensuite deux moxas à la partie postérieure du cou, et on fait des frictions mercurielles à petites doses. La déglutition continue de se faire librement; mais la malade prend du dégoût pour toute espèce d'alimens, et maigrit à vue d'œil jusqu'au marasme. Le 14 mars, après un violent accès de toux elle rend un petit os, mais elle n'est pas soulagée; ses forces continuent de s'épuiser, et elle succombe le 5 avril. A l'ouverture du corps, on trouve la paroi postérieure du pharynx percée vis-à-vis la partie antérieure du corps de la troisième vertèbre cervicale; les bords de l'ouverture sont cicatrisés. Une sonde qu'on y introduit pénètre dans une grande cavité formée aux dépens du corps de la seconde, de la troisième et de la quatrième vertèbres cervicales qui étaient cariées. Les membranes qui enveloppent la moelle épinière étaient altérées, la moelle intacte, le larynx et les autres parties

du corps dans l'état naturel. (*Journal général*, t. XIII, 1807.)

Est-ce bien au corps étranger qu'il faut attribuer cette carie des premières vertèbres cervicales, ou bien plutôt la petite malade n'a-t-elle pas été atteinte de cette maladie si bien décrite par Rust, sous le nom *d'arthrocace?* (Vienne, 1817). Nous nous contenterons de citer un fait qui peut éclairer la question. Chez un malade qui succomba à une carie des premières vertèbres cervicales, M. Bouillaud trouva une perforation de la paroi postérieure du pharynx, perforation au moyen de laquelle du pus s'était introduit dans les fosses nasales. (*Journal complém.*, t. XX, p. 102.) Rust a bien trouvé chez tous les malades du pus amassé entre la colonne vertébrale et le pharynx, mais il ne paraît pas avoir observé la perforation de ce dernier organe. (*Voyez* l'analyse qui a été donnée de son ouvrage dans le vol. I.er du *Journ. Compl.*, 1818, et dans le tome XII du *Journal des Progrès*, 1828.)

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations sur une espèce d'hydropisie dépendante d'une altération organique des reins; par Rob. Christison, *M. D., professeur de médecine-légale à Édimbourg* (1). (Suite et fin).

A la suite des observations intéressantes dont nous avons donné les détails dans notre dernier numéro, l'auteur présente des réflexions sur l'ensemble de ces faits

(1) *The Edinburgh med. and surg. Journal*, obtobre 1829.

qui confirment pleinement tout ce que M. Bright avait avancé; ce sont ces réflexions dont nous allons faire l'analyse.

Les Ire, IIe et VIIe observations sont des exemples d'hydropisie existant en même temps qu'une lésion des reins, et sans qu'il y ait maladie d'aucun des autres organes dont les altérations sont ordinairement regardées comme cause d'épanchement hydropique. La nature de l'altération organique des organes sécréteurs de l'urine n'a pu être déterminée d'une manière positive; on a seulement constaté que la substance tubuleuse du rein est de plus en plus envahie par un dépôt de matière jaunâtre à mesure que la maladie fait des progrès. La sécrétion de la cholestérine par les reins, dans la sixième observation, est un fait curieux qui, plus tard, lorsque la pathologie de l'affection qui nous occupe sera mieux connue, peut fournir des données importantes. Cette sécrétion paraît en rapport avec une altération de structure du foie, bien plus qu'avec la maladie des reins. Le docteur Bostock a trouvé, dans quelques foies tuberculeux, une substance qui ne différait presque pas de la cholestérine, disséminée çà et là dans le parenchyme de l'organe; dans le cas dont il s'agit ici, le foie était dans un état de dégénérescence tuberculeuse déjà assez avancé.

Dans la plupart des faits rapportés par M. Bright, non-seulement les reins, mais encore le foie et même parfois le cœur lui-même étaient malades. M. Christison a vu plusieurs exemples de ce genre; il cite entre autres celui d'une femme nommé Wright, qui mourut dans une des salles de clinique de l'infirmerie d'Edimbourg, peu de jours après son entrée. Elle succomba évidemment à une maladie organique du cœur; mais l'urine était extrêmement coagulable. L'examen du cadavre fit reconnaître qu'il y avait un épanchement séreux considérable dans le

péricarde, la plèvre et l'abdomen, que le cœur était frappé d'hypertrophie; que les valvules aortiques étaient rétrécies; que la crosse de l'aorte était dilatée et en rapport avec un sac anévrysmal; que le foie avait un volume plus grand que dans l'état normal, et que la matière jaune qu'on remarque dans son tissu, était beaucoup plus abondante que de coutume; que le rein droit était en partie envahi par un dépôt de matière gris-jaunâtre; que le gauche offrait une altération semblable quoique à un moindre degré, et qu'enfin ces organes étaient flasques et d'une couleur grisâtre à l'extérieur; dans ce cas, il est évident que la maladie a commencé par l'altération du cœur: dans celui de Johnson (VIe *observation*), au contraire, il est très-probable que les reins ont été les premiers malades, après quoi est survenue la lésion du foie. Ces faits confirment parfaitement cette opinion de M. Bright, que les lésions organiques du cœur, du foie et des reins ont une tendance marquée à se succéder l'une à l'autre, pourvu que le malade vive assez longtemps pour que celle qui se montre la première puisse parvenir à un état assez avancé.

Dans tous les cas d'hydropisie accompagnée d'une lésion organique des reins que notre auteur a eu l'occasion d'observer, la pesanteur spécifique de l'urine a toujours été beaucoup au-dessous du terme moyen de l'état de santé. La plus forte qu'il ait encore trouvée était de 1021,3; c'était celle de l'urine d'une femme Dewar; la quantité de ce liquide n'était cependant que d'environ une livre pour les vingt-quatre heures; la plus faible était de 1006,9, observée chez une femme nommée Burns, dont la quantité journalière d'urine était à peu-près dans l'état naturel; mais le liquide était d'une si faible couleur qu'à peine si dans un verre on pouvait appercevoir une légère teinte d'un jaune paille; dans une phiole de verre ordi-

naire il paraissait aussi limpide et aussi incolore que de l'eau pure. Cette urine ne contenait que 15 pour 1000 de matières solides dont 11,6 d'urée et d'acétates animalisés qui l'accompagnent. La pesanteur spécifique de l'urine peut être très-faible, à une époque peu avancée de la maladie. Chez la femme Wright, quoique la structure des reins fût profondément altérée, la densité de l'urine n'était que de 1010,8, et sa quantité journalière naturelle, ou à peu-près.

Le changement fondamental que subit la sécrétion urinaire dans cette espèce d'hydropisie est une diminution dans la proportion et dans la quantité de l'urée. Dans tous les cas que M. Christison a observés, il y avait diminution notable de ce principe; la quantité contenue dans l'urine s'élevait rarement au-dessus de la moitié de la proportion normale, et quelquefois même, comme dans le cas de la femme Burns que nous avons cité plus haut, elle n'était guère que d'un cinquième. Cependant quoique cette diminution soit très-importante, et probablement une des causes principales de l'hydropisie et des autres symptômes, elle ne paraît pas être dans tous les cas un moyen exact de juger de l'intensité de la maladie. La femme Burns, dont l'urine ne contenait qu'un cinquième de la proportion habituelle d'urée, a presque toujours été complètement exempte de symptômes d'hydropisie; et Campbell (IV.e *Obs.*), ainsi que la femme Cluikscales (V.e *Obs.*) ont guéri, quoique la quantité d'urée fournie par leur urine n'avait pas augmenté d'une manière très-sensible. Dans le cas de la femme Wright, la proportion de cette substance n'était que d'environ un tiers de la quantité ordinaire; néanmoins, l'examen anatomique des reins a fait voir que l'altération de ces organes n'était encore que peu avancée. D'un autre côté, on a vu que dans le sujet de la première observation, (Irving) dont l'urine conte-

nait au moins la moitié de la proportion ordinaire d'urée, les symptômes d'hydropisie ne disparurent que très-lentement, et revinrent presqu'aussitôt après sa sortie de l'hôpital; après la mort on trouva les reins profondément altérés dans leur structure. Enfin on a observé chez ce malade que, lorsque, par une augmentation de sécrétion journalière d'urine, la quantité d'urée réjétée au-dehors se rapprochait de la proportion ordinaire ou même la dépassait, l'épanchement séreux diminuait ordinairement avec une grande rapidité.

La quantité des sels de l'urine diminue constamment avec celle de l'urée, et ordinairement même dans une même proportion. Cependant, on a vu des exceptions à ce principe: le cas d'Irving (I.ere *Observ.*) en est un exemple. Les sels terreux insolubles contenus dans le liquide sont toujours peu abondans, et l'auteur les a vus quelquefois manquer tout-à-fait.

Dans les observations I.re, II.e et VII.e, dans lesquelles les reins seuls étaient affectés, le signe pathognomonique signalé par le docteur Bright, la coagulabilité de l'urine par la chaleur a existé à un degré plus ou moins grand; et on l'a aussi observé dans tous les autres cas. De plus, l'auteur ajoute qu'il trouva l'urine coagulable dans beaucoup d'autres cas d'hydropisie, et que dans tous, au nombre de huit ou neuf, outre ceux qui ont été rapportés dans le mémoire qui nous occupe, il a constaté que les reins offraient une lésion organique quelconque. Ce fait vient pleinement confirmer l'assertion de M. Bright, que la coagulabilité de l'urine dans les affections hydropiques est un signe certain et invariable d'une maladie organique des reins.

La sécrétion de l'albumine est-elle destinée à remplacer celle de l'urée? On serait naturellement porté à le croire; mais cette supposition ne s'accorde pas avec tous les faits

observés. Dans la plupart des cas où l'urine était presque incolore, d'une faible pesanteur spécifique, et ne fournissait qu'une très-petite proportion d'urée, comme dans les II.ᵉ et III.ᵉ observations, et dans celle de la femme Burns, la quantité d'albumine fournie par l'urine était aussi très-petite, et ne s'élevait pas à plus de 5 et 1/2 pour 1000 : dans d'autres cas au contraire, où la proportion d'urée, quoique moindre que dans l'état naturel, était encore considérable, comme dans les observations d'Irving et de Dewar, celle de l'albumine était aussi très-grande, par exemple, de 10 ou 11 pour 1000. De plus, la sécrétion de l'albumine peut être entièrement supprimée, ou du moins considérablement diminuée par un traitement convenable sans pour cela que celle de l'urée soit ramenée à son état naturel; c'est ce que prouvent les I.ʳᵉ et IV.ᵉ observations. Quoique l'albumine ne doive pas être considérée comme l'équivalent de l'urée, il paraît cependant très-probable que la présence de cette substance dans l'urine, de même que dans les liquides épanchés dans les grandes cavités et dans le tissu cellulaire, est dû à ce que l'urée et les sels qui devraient être rejetés au-dehors restent dans l'économie. La plus grande quantité d'albumine que M. Christison ait trouvée dans l'urine est de 14 pour 100. C'est une femme Carmichaël qui lui a offert cet exemple. La quantité d'urine de cette femme était à-peu-près naturelle, et ce liquide contenait 56, 25 pour 1000 de matières solides. Dans les observations rapportées par M. Bright, la proportion d'albumine dans l'urine paraît avoir été souvent beaucoup plus grande encore.

Un fait très-important, constaté par le docteur Bostock, qui a examiné chimiquement l'urine des malades dont M. Bright a rapporté les observations, c'est que dans ce cas le sérum du sang avait fréquemment une

pesanteur spécifique très-faible, et que la proportion d'albumine de ce liquide était manifestement moindre que dans l'état normal. Plusieurs faits de la même nature ont été observés par M. Christison. Le sérum du sang d'Irving (I.re Obs.) n'offrait une pesanteur spécifique que de 1020, et ne contenait que 68 pour 1000 de matières solides ; celle du sérum de la femme Carmichael, citée plus haut, n'était que de 1022, 5 ; celle enfin du sérum de Thomson (III.e *Obs.*), était de 1024, 8, et le liquide contenait 81 pour 1000 de matières solides. Or, on sait que dans l'état de santé la pesanteur spécifique du sérum est beaucoup plus grande, ainsi que la proportion des matières solides. L'expérience faite par M. Christison, sur le sérum du sang pris sur une jeune fille en parfaite santé, ne laisse aucun doute à cet égard; en effet, il a trouvé la pesanteur spécifique du sérum de 1036, 8, et la proportion des matières solides de 102 millièmes. La pesanteur spécifique du sérum a toujours été trouvée d'autant plus grande que l'urine était plus chargée d'albumine. Il est donc probable, ajoute notre auteur, que la présence de l'albumine dans l'urine n'est due qu'à un simple passage du sérum dans ce liquide.

La présence de l'urée dans le sang des individus atteints de la maladie qui nous occupe, est encore un sujet de recherches qui mérite la plus sérieuse attention. M. Bostoch, dans plusieurs cas de cette nature, n'a découvert dans le sang qu'une *substance jouissant de propriétés particulières qui semblaient se rapprocher beaucoup de celles de l'urée.* M. Christison a été plus heureux dans ses analyses; elles lui ont plusieurs fois fourni de l'urée, même en quantité considérable. Les cristaux qu'il a obtenus en traitant le sang de Magee (II.e *Obs.*), par l'acide nitrique, étaient sous forme d'écailles brillantes, d'un rouge grisâtre, et absolument semblable à ceux du

nitrate d'urée formé par l'action de cet acide sur l'extrait d'urine. Dans le cas de Thomson (III.ᵉ *Obs.*), les cristaux qu'il a obtenus étaient, il est vrai, aiguillés, et n'avaient pas l'aspect écailleux que présente le nitrate d'urée, mais sous tous les autres rapports ils ne différaient en rien de ce sel. Enfin le sang de la femme Burns, dont nous avons dit plus haut que l'urine ne contenait qu'un cinquième environ de la proportion habituelle d'urée, lui a donné des résultats encore plus tranchés. Ce sang, qui provenait de ventouses scarifiées appliquées à la région lombaire, traité comme nous l'avons indiqué au commencement de notre premier article (II.ᵉ *Obs.*), a fourni un extrait cristallin et déliquescent, qui, dissous dans l'eau et soumis à l'action de l'acide nitrique, a donné lieu à une légère effervescence et au dégagement d'une odeur absolument semblable à celle que produit cet acide sur l'extrait d'urine; et au bout de deux ou trois minutes, tout le liquide s'est transformé tout-à-coup en une masse rayonnée formée de beaux cristaux écailleux et nacrés, qui, desséchés dans du papier joseph, ne différaient absolument en rien du nitrate d'urée préparé directement, et d'ailleurs la quantité de ces cristaux était assez grande pour qu'on pût les examiner de toutes les manières. On peut donc regarder comme prouvé que dans les hydropisies dépendantes d'une lésion organique des reins, l'urée existe en quantité considérable dans le sang, tandis qu'elle manque dans l'urine. Ces résultats viennent pleinement confirmer ceux que MM. Prevost et Dumas ont tiré de leurs expériences sur l'extirpation des reins dans les animaux vivans; savoir, que l'urée n'est pas formée dans les reins, mais qu'elle existe toute formée dans le sang, et qu'elle en est simplement éliminée par ces organes. Il est vrai cependant de dire, et l'auteur l'avoue avec franchise, que dans trois autres essais, pour

découvrir la présence de l'urée dans le sang, il n'a pas obtenu le même succès ; mais c'était dans des cas où la proportion de ce principe dans l'urine se rapprochait beaucoup plus de l'état naturel et où elle devait nécessairement être moindre dans le sang, Quoique l'extrait alcoholique du sérum traité par l'acide nitrique ne donnât pas de cristaux, il se précipita assez fréquemment une substance grenue, et il s'en exhala toujours une odeur absolument semblable à celle de l'extrait d'urine soumis au même réactif.

Il arrive très-souvent, dans l'espèce d'hydropisie dont il s'agit, que le sérum du sang présente une teinte opaline plus ou moins forte. L'auteur l'attribue à l'existence dans ce liquide d'une petite quantité d'huile, et quoique le docteur Bostock n'ait pu parvenir à y découvrir la moindre trace de matière oléagineuse, les expériences plus récentes de M. Christison, expériences que nous avons fait connaître dans le tome XXIII des *Archives générales de Médecine*, ne laisse aucun doute à cet égard.

Quant aux symptômes de l'affection des reins qui fait le sujet du mémoire que nous analysons, les observations recueillies par M. Christison à l'infirmerie royale d'Edimbourg, s'accordent parfaitement avec celles que M. Bright a consignées dans son ouvrage. Parmi les symptômes que l'on peut considérer comme propres à l'état morbide des reins, on a souvent remarqué l'existence d'une douleur ou d'une sensibilité dans la région lombaire, et plus souvent encore une douleur sourde à la partie supérieure de l'abdomen, des nausées, des vomissemens, quelquefois de la dysurie ou bien des envies fréquentes d'uriner, et des urines d'un rouge plus ou moins foncé. La douleur abdominale a été quelquefois bornée à l'hypochondre droit, lors même que le foie n'avait éprouvé aucune altération. Dans plusieurs cas on a pu s'assurer que ces symptômes

avaient préexisté à l'épanchement séreux, et qu'ils avaient été précédés de frissons plus ou moins violens. Toutes les fois que les malades ont pu se rappeler exactement le commencement de l'affection hydropique, ils se sont accordés à dire qu'elle leur était survenue peu de temps après s'être exposés au froid et à l'humidité, et quelques-uns l'ont attribuée à ce qu'ils avaient bu abondamment de l'eau froide ayant très-chaud. L'hydropisie, que l'on doit considérer comme un symptôme plutôt que comme une maladie essentielle, n'est pas une dépendance nécessaire de la maladie des reins, quoique à la vérité elle l'accompagne la plupart du temps. Magee (II.ᵉ *Obs.*) a été pendant plusieurs jours entièrement débarrassé de l'œdème et de l'ascite, et s'ils ont reparu peu de temps avant la mort ce n'était qu'à un très-faible degré. Irving a été libre de symptômes d'hydropisie pendant plusieurs semaines, même après que la quantité d'urine était revenue à son état naturel, et cependant on ne peut douter qu'à ce moment même les reins ne fussent profondément altérés.

Un des phénomènes de cette maladie, que M. Bright a principalement signalé à l'attention des praticiens, c'est la tendance extraordinaire aux affections inflammatoires des grandes cavités qu'on observe pendant tout son cours. Cette disposition n'a pas été aussi marquée parmi les malades de l'infirmerie d'Edimbourg. L'inflammation de la poitrine entre autres s'est bien moins souvent manifestée parmi les malades de M. Christison que parmi ceux de M. Bright. Le catarrhe chronique dépendant ordinairement d'un emphysème du poumon a presque constamment au contraire accompagné la maladie, mais notre auteur n'a observé que très-rarement la péripneumonie ou la pleurésie. D'un autre côté il a remarqué une disposition très-marquée aux maladies cérébrales. Dans le cerveau d'Irving (I.ʳᵉ *Obs.*), on a trouvé des tumeurs

sanguines développées dans les ventricules latéraux ; dans deux autres cas (II.e et III.e *Obs.*), les malades sont morts dans un état de coma très-profond, et dans un autre (IV.e *Obs.*), la somnolence a été telle qu'elle a a fait craindre l'invasion d'une maladie cérébrale. On a aussi observé une tendance très-prononcée à une somnolence extrêmement grande chez plusieurs malades dont M. Christison n'a pas donné les observations. L'examen du cadavre de Magee, qui présenta ces symptômes d'une manière très-tranchée avant sa mort, a donné lieu à une observation intéressante; c'est qu'au lieu de trouver, comme on s'y attendait, un engorgement des vaisseaux sanguins du cerveau et de ses enveloppes, ou tout au moins des traces quelconques d'une congestion vers cet organe, on a constaté qu'ils étaient presque entièrement vides de sang.

Le traitement proposé par M. Bright dans les cas de cette nature, avait déjà depuis long-temps été employé contre les hydropisies qu'on appelait inflammatoires. Depuis la publication de son ouvrage, ce même traitement a été suivi avec beaucoup de succès, mais avec des idées plus justes sur sa manière d'agir. Plusieurs des faits rapportés par M. Christison et surtout ceux de Campbell, Irving et Cluikscales, (VI.e, I.re et V.e *Observations*), prouvent clairement les bons effets de la saignée employée à propos. Les détails de l'observation de Campbell font voir en outre que, chez un sujet d'une constitution vigoureuse, les évacuations sanguines peuvent être portées fort loin sans danger et même avec avantage. C'est surtout lorsque la quantité d'albumine contenu dans l'urine diminuait sensiblement, et peu de temps après la saignée, que ce moyen a été le plus efficace contre les symptômes d'hydropisie, la douleur du ventre et les affections concommittantes. Il est souvent arrivé que le sang

a présenté l'aspect inflammatoire à un plus haut degré même que dans le rhumatisme le plus aigu, et M. Christison pense que dans ces cas la saignée a été beaucoup plus efficace que dans ceux où le sang se coagulait purement et simplement.

Divers diurétiques ont été essayés; dans beaucoup de cas, la digitale a agi favorablement; dans d'autres on aurait pu croire qu'elle agissait comme narcotique et par conséquent d'une manière défavorable, si les symptômes ne s'étaient pas toujours déclarés trop promptement pour qu'on pût raisonnablement les lui rapporter. Le tartrate acidule de potasse, entre les mains de M. Christison et de ses collègues de l'infirmerie d'Edimbourg, s'est montré, comme entre celles de M. Bright, le diurétique le plus certain de tous ceux qu'on a mis en usage. Notre auteur ne partage pas l'opinion du docteur Bright sur l'action nuisible du mercure dans la maladie dont il s'agit; il l'a souvent employé pour faciliter l'action des diurétiques, et il n'en a jamais obtenu de mauvais effets, même lorsque le médicament avait agi sur les gencives.

Le but principal que remplissent les diurétiques est d'augmenter la quantité journalière d'urée et des autres sels qui sont habituellement rejetés avec l'urine. Sous ce rapport l'action de ces médicamens mérite de fixer particulièrement l'attention. Ce n'est pas seulement la sécrétion aqueuse qu'ils augmentent, mais aussi celle des matières solides ordinairement dans une proportion presque égale; c'est-à-dire que tandis que la quantité journalière d'urine s'accroît, ce liquide conserve à-peu-près la même pesanteur spécifique, ou du moins celle-ci ne décroît pas dans la même proportion que la quantité du liquide augmente. Ainsi, dans la I.re observation, nous avons vu que, la quantité d'urine étant de plus de 5 livres 10 onces, la pesanteur spécifique était de 1016,4, et la proportion des

matières solides de 36, 9 sur 1000, tandis que quinze jours plus tard, la quantité du liquide étant d'une livre 14 onces seulement, la pesanteur spécifique était encore de 1016, 3 et la proportion des matériaux solides de 39, 3 millièmes. La même chose a été observée chez la femme Burns, dont M. Christison n'a pas rapporté en détail l'observation : le 31 juillet la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures était de 1 livre 14 onces, la pesanteur spécifique de 1006, 9, et la proportion de matières solides de 15 pour 1000, et le 3 août, la malade étant depuis plusieurs jours à l'usage du tartrate acidule de potasse, la quantité de l'urine s'élevait à 5 livres 4 onces, la densité était de 1006, 4, et la proportion des matières solides de 14 millièmes.

Ces faits font voir clairement comment agissent les diurétiques : ces substances aident les reins à séparer les sels et les autres matériaux trop animalisés qui sont chaque jour rejetés au-dehors, dans l'état de santé, et dont la sécrétion est essentielle au maintien de la santé, tandis que leur rétention et, par suite, leur absence dans l'urine sont sans aucun doute la cause de l'hydropisie et des diverses affections qui nous occupent ici. Il est assez extraordinaire que souvent l'œdème augmente lorsque la sécrétion urinaire est de beaucoup plus abondante que dans l'état naturel. C'est cependant ce qu'on a pu voir dans la I.re observation et dans plusieurs autres cas non moins remarquables.

Un fait très-important, qui résulte des observations faites à l'infirmerie d'Edimbourg, c'est que l'espèce d'hydropisie qui nous occupe peut être guérie radicalement. Le docteur Bright, d'après son expérience personnelle, paraît douter de la possibilité de cette guérison. Il est clair que lorsque l'altération organique des reins est arrivée à un point très-avancé, il n'est plus possible d'obtenir

la guérison. Une extrême diminution de la proportion d'urée dans l'urine, que ce liquide soit ou non albumineux, est très-probablement l'indice de cette période de la maladie. Cependant, même à cette époque avancée, un traitement convenable et un régime approprié peuvent produire, sinon une guérison absolue, du moins une amélioration très-marquée dans l'état du malade. Mais lorsque la lésion de l'organe sécréteur de l'urine n'est pas encore trop profonde, un traitement habilement dirigé peut amener une cure radicale. Les observations de Campbell et de Cluikscales ne laissent pas de doute à cet égard. A l'appui de cette opinion, M. Christison fait observer, ce dont personne ne saurait douter, que l'hydropisie qui se développe à la suite de la fièvre scarlatine cède très-fréquemment complètement aux ressources de l'art. On n'a pas encore examiné convenablement cette variété d'hydropisie d'après les vues de M. Bright; mais on sait que souvent l'urine des individus qui en sont atteints est plus ou moins chargée d'albumine. Il est vrai que le docteur Abercrombie, dans son mémoire sur le traitement de l'hydropisie par la saignée, dit que l'urine dans les cas qu'il a observés, n'était pas coagulable; mais M. Alison a assuré à notre auteur, que, dans des cas de ce genre, il a trouvé que ce liquide était non-seulement souvent coagulable, mais encore par fois rouge ou même presque noir, comme s'il était chargé d'une certaine quantité de matière colorante du sang, état que M. Bright dit avoir assez souvent rencontré dans des hydropisies qui n'avaient aucun rapport avec la scarlatine. Tout porte donc à croire que dans l'espèce d'hydropisie qui suit la scarlatine, les reins sont très-souvent malades, et que la lésion de ces organes est la cause probable de l'épanchement hydropique. Or, comme on sait généralement que ce genre d'hydropisie se guérit radicalement, on peut en inférer que celui qui dépend

d'une lésion des reins est également guérissable dans des circonstances favorables. Il serait donc d'une haute importance de bien connaître les symptômes qui annoncent le commencement de la maladie des reins; il est très-probable que dans les premiers temps c'est une affection inflammatoire lente qu'on pourrait combattre avec succès par un traitement antiphlogistique convenablement dirigé. Malheureusement, ces symptômes n'ont pas, jusqu'ici, été bien observés, et souvent ils sont trop peu marqués pour attirer suffisamment l'attention des malades. Il est probable que la présence de l'albumine dans l'urine est un des premiers qui se manifeste, et quoique, d'après les observations de M. Bostock, l'urine soit quelquefois albumineuse même dans l'état de santé, ce phénomène doit toujours faire naître quelques doutes et engager le médecin à examiner avec plus d'attention l'état de son malade.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

IDENTITÉ DU FLUIDE NERVEUX ET DU FLUIDE ÉLECTRIQUE; *par le docteur David.* — Frappé depuis long-temps des analogies nombreuses qu'on trouve entre les appareils nerveux et galvanique, M. David a fait une série d'expériences pour éclairer cette question intéressante, et ses observations confirment singulièrement celles que le docteur Beraudi a publiées récemment, et que nous avons fait connaître dans le N.° de juillet, 1829, des *Archives gén. de Méd.* Voici un extrait des expériences du docteur David.

Au mois de septembre 1829, il mit à découvert les nerfs de la cuisse d'un poulet, il en fit la section, et introduisit dans le tube formé par le névrilème, un fil de laiton proportionné au volume du nerf, et mis en contact immédiat avec la pulpe nerveuse. Ayant alors approché l'extrémité opposée du fil métallique d'une petite aiguille métallique, cette dernière présenta aussitôt des oscillations manifestes. Ces oscillations parurent à M. David en rapport avec

les mouvemens de l'animal, en sorte qu'elles étaient d'autant plus grandes que les efforts de l'animal étaient plus énergiques. Dans certains momens ces oscillations n'étaient pas manifestes; et il reconnut qu'alors le contact de l'aiguille avec la pulpe nerveuse n'existait plus. M. David a répété l'expérience plusieurs fois de la même manière sur les nerfs les plus gros, et souvent il a vu au moment du contact du fil de laiton, l'extrémité de l'aiguille décrire un arc de quatre à cinq lignes, et même davantage. S'il forçait l'animal à se débattre, en même temps qu'il tenait le fil plus ou moins loin de l'aiguille, il prolongeait évidemment les oscillations.

Ces expériences étaient trop imparfaites pour convaincre M. David que les nerfs étaient le siège de courans électriques. Ainsi, les effets observés pouvaient résulter du choc involontaire qu'il produisait avec le fil métallique contre un appareil aussi mobile; en outre, si réellement l'oscillation de l'aiguille était due à un courant électrique, celui-ci pouvait être le résultat de l'oxydation du cuivre. Afin d'éviter ces causes d'erreur, M. David remplaça dans les expériences l'aiguille aimantée et le fil de laiton par le multiplicateur de Schweiger et des fils de platine. Les résultats qu'il obtint ne lui laissèrent plus dès-lors de doute sur leur exactitude. Nous rapporterons seulement l'expérience suivante.

« Le nerf sciatique d'un lapin, mis à nu, isolé, épongé, je passe avec ménagement, dit M. David, une lame de verre entre ce nerf et les muscles, en fléchissant la jambe de l'animal; je m'assure de la sensibilité du cordon nerveux par les mouvemens que fait l'animal pendant l'introduction des aiguilles, les unes au-dessus des autres, sans qu'elles se touchent. Je les mets en communication avec le galvanomètre: l'animal est fort tranquille, l'aiguille du multiplicateur est immobile. Par un mouvement brusque, l'animal dérange l'appareil, mais l'aiguille est évidemment déviée et oscille. Je replante les aiguilles; quelques contractions ont lieu, l'aiguille oscille de nouveau, mais d'une manière douteuse pour les assistans. Bientôt l'animal se livre à des efforts vigoureux et répétés; alors plus de doute, l'aiguille décrit un arc de plus de deux lignes. Les oscillations cessent avec les mouvemens de l'animal, pour reparaître aussitôt qu'il agit. La cause de l'intermittence est connue. On excite l'animal, en lui piquant le nez ou irritant le nerf à faire des efforts de contraction, et l'aiguille aussitôt oscille, et l'arc décrit est d'autant plus grand que l'action musculaire est plus énergique. Ainsi, l'on peut produire le phénomène à volonté. Avec quatre aiguilles, on obtient un effet au moins double de celui qu'on obtient avec deux. »

En général, les phénomènes diminuent d'intensité avec la vigueur de l'animal, et ne peuvent plus être observés après la mort. En

plaçant deux aiguilles dans un nerf et deux dans un muscle, on a des oscillations à peine sensibles. En les mettant toutes les quatre dans un muscle, M. David n'a obtenu aucune déviation de l'aiguille du galvanomètre. D'autres expériences lui ont fourni l'occasion de reconnaître les causes qui peuvent empêcher quelquefois la production du phénomène lors de l'implantation des aiguilles dans un nerf. Ces causes sont : 1.° l'insensibilité du nerf due soit à son tiraillement, soit à une pression exercée trop fortement en l'épongeant; 2.° sa tension trop forte sur la lame qui le supporte; 3.° le sang qui baigne le nerf et les aiguilles; 4.° le dessèchement produit par l'éponge. Il suffit alors de le mettre en contact un instant avec les muscles pour lui rendre toute sa conductibilité. Un point essentiel à observer, si l'on ne veut pas voir manquer l'expérience, c'est de bien nettoyer les aiguilles, surtout si elles ont déjà servi, et de décaper avec soin les extrémités des fils du galvanomètre. Cette précaution est tellement indispensable, qu'en plongeant ces extrémités non décapées dans de l'acide nitrique étendu d'eau, l'aiguille reste immobile, tandis qu'au contraire elle oscille très-fortement aussitôt que ces fils sont décapés.

M. David considère ses expériences comme suffisantes pour prouver que les êtres organisés ont des appareils spéciaux destinés à fournir des courans électriques, et pour faire connaître les circonstances nécessaires pour leur production. Les aiguilles implantées dans un nerf complètement séparé de la moelle épinière ne font naître aucun mouvement dans l'aiguille aimantée. Il en est de même pour tous les nerfs placés au-dessous de la section de la moelle épinière qu'on opère dans un point de sa longueur, tandis que ceux qui communiquent avec ce centre nerveux au-dessus de sa division, fournissent des courans qui produisent la déviation de l'aiguille. Quand on coupe la moelle entre l'occipital et la première vertèbre, aucun nerf ne donne de courant électrique.

De toutes ses expériences, M. David tire les conclusions suivantes: 1.° les nerfs seuls sont le siége de courans électriques; 2.° ces courans ne peuvent être fournis que par un appareil électro-moteur, puisque l'emploi de platine exclut toute idée d'oxydation, et que le contact des aiguilles avec les fils du multiplicateur ne trouble point l'immobilité de l'aiguille aimantée; 3.° la vie est indispensable pour la production du phénomène, puisqu'après la mort ils cessent entièrement; 4.° les cordons nerveux ne sont que des conducteurs; 5.° la moelle épinière n'est également qu'un organe de transmission, formé probablement par la réunion en faisceaux des fibres du cerveau : en un mot, un conducteur commun livrant aux nerfs qui en émanent, les courans que lui fournit le cerveau; 6.° le cerveau seul est l'appareil électro-moteur; 7.° les fluides électrique et encéphalique sont

identiques ; 8.° la contraction n'est point produite par une force inhérente à la fibre musculaire, l'irritabilité et la contractilité, facultés purement imaginaires, mais par les courans électriques fournis par les cordons nerveux que cette fibre reçoit. (*Thèse inaugurale*, Paris, 7 août, 1830. *Extrait.*)

Structure et fonctions de la rate. — *Par M. Dobson.* — Après avoir exposé succinctement les diverses opinions et hypothèses des physiologistes sur les fonctions de la rate, et démontré qu'elles ne sont pas admissibles, l'auteur passe aux expériences qu'il a faites pour essayer de résoudre cette importante question. Il recherche d'abord quel est, pendant l'acte de la digestion, le moment précis où la rate éprouve quelque changement. Voici ces expériences.

I.re *Expérience.* — « Je fis manger, dit M. Dobson, à un chien de moyenne taille une bonne quantité de bœuf et de mouton. L'animal mangea avec grand appétit. Quatre heures après, j'ouvris l'abdomen et mis à nu la rate. Cet organe était volumineux et dur; les veines paraissaient complètement gorgées de sang; en faisant une incision dans le parenchyme, il s'en écoula une quantité de sang noir très-considérable, mais qu'il me fut impossible d'apprécier au juste; mais je présume qu'il n'y en avait pas moins de quatre onces. Ce liquide se coagula très-rapidement; le caillot cependant était mou, se déchirait facilement, et avait plutôt l'apparence de ce qu'on appelle sang grumeux (*grumon's blood*) que de sang ordinaire.

II.e *Expérience.* — « La même expérience fut répétée sur un chien à-peu-près de même taille. Au bout de cinq heures, on ouvrit l'abdomen, et on trouva la rate très-grosse et gorgée de sang. L'aspect du liquide était le même que dans le cas précédent; sa quantité seulement était beaucoup plus considérable.

III.e *Expérience.* — « On examina la rate d'un chien d'une taille à-peu-près semblable à celle des précédens, après l'avoir laissé jeûner complètement pendant douze heures. La différence était frappante, l'organe était flasque, son volume était beaucoup moindre, et il ne contenait qu'une très-petite quantité de sang. Ce liquide différait à peine de celui dont nous avons parlé dans les précédentes expériences; peut-être était-il un peu moins foncé en couleur. Pour s'assurer du volume comparatif de la rate dans les chiens, l'auteur l'a examiné dans deux autres animaux de cette espèce et à-peu-près de même taille, et qui n'avaient pris aucune nourriture depuis le même temps. La différence de grosseur était si légère, qu'on ne pouvait rien en conclure contre les résultats des expériences rapportées plus haut. Craignant cependant d'avoir été induit en erreur par quelques circonstances accidentelles qui auraient pu agir d'une manière quelconque sur l'état de l'organe en question, M. Dobson a répété ses

expériences un grand nombre de fois, et il a toujours obtenu les mêmes résultats. D'autres expériences furent faites aussi à différentes époques de la digestion, et après l'accomplissement entier de cette fonction, et il a constaté que le volume de la rate est toujours en raison de la quantité d'alimens ingérés dans l'estomac. Quant aux changemens que cet organe présente aux différentes phases de la digestion, il a observé que trois heures après le repas il n'y avait pas de changement appréciable; mais qu'au bout de quatre heures le volume de l'organe était augmenté; que vers la cinquième heure cette augmentation était à son maximum, et qu'enfin elle décroissait graduellement pendant les douze heures suivantes, époque à laquelle l'organe avait repris sa grosseur habituelle. »

Les expériences suivantes ont pour but de reconnaître les effets de l'ablation de la rate sur l'économie en général.

I.re *Expérience.* — « J'enlevai, dit l'auteur, la rate à un chien de moyenne taille; l'animal parut peu souffrir de cette opération. Le lendemain je lui donnai une grande quantité de nourriture, qu'il mangea avec voracité. Trois heures après, aucun symptôme extraordinaire ne s'était manifesté; mais au bout de la quatrième heure, l'animal commença à devenir inquiet et à donner des signes de malaise, et enfin il tomba dans une sorte de torpeur; il poussait de fréquens gémissemens; les pupilles étaient dilatées, les mouvemens du cœur irréguliers, la respiration très-laborieuse, l'excrétion de l'urine très-fréquente; en un mot, l'animal offrait tous les signes d'une trop grande plénitude du système vasculaire. Dans l'espace de deux heures, l'animal commença à se remettre, et au bout de trois heures, tous les symptômes avaient disparu; il ne restait plus qu'une grande faiblesse. Je continuai à faire manger l'animal copieusement deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, et à chaque repas j'observai exactement les mêmes effets. L'animal cependant devint plus faible de jour en jour, et il mourut un mois après le commencement de l'expérience.

II.e *Expérience.* — « Je pratiquai sur un autre chien une opération semblable; mais au lieu de lui faire prendre une grande quantité de nourriture à chaque repas, je ne lui en donnai que très-peu toutes les heures ou toutes les deux heures. L'animal mangeait avec avidité. Sous l'influence de ce régime, aucun symptôme fâcheux ne se manifesta. Je continuai ainsi pendant trois semaines; l'animal était en très-bon état; il avait sensiblement engraissé, la ligature que j'avais appliquée à l'artère splénique était tombée, et la plaie de l'abdomen parfaitement guérie. Je fis alors faire à l'animal deux repas très-copieux par jour; je vis alors se montrer les mêmes accidens que dans l'expérience précédente, exactement aux mêmes momens, mais

peut-être avec un peu moins d'intensité. Enfin, la mort survint un mois après le commencement de ce nouveau régime. Chez ces deux animaux, j'ai observé que les évacuations alvines étaient d'une couleur plus claire que dans l'état ordinaire. En examinant les cadavres, je trouvai un peu de sérosité dans l'arachnoïde et les ventricules latéraux, les veines du cerveau gorgées de sang, les viscères abdominaux sans altération sensible, seulement tout le système de la veine porte fortement gorgé de sang. »

De ces expériences l'auteur titre les conclusions suivantes :

« La rate agit comme un réservoir pour contenir le surplus du sang que la digestion a fait entrer dans le système vasculaire. Il est prouvé, par les remarques qu'on a faites sur la chylification, que la quantité de sang contenue dans le système vasculaire est plus grande cinq heures après le repas qu'à tout autre moment; et comme nous avons vu que les vaisseaux ne peuvent impunément recevoir cette surabondance de liquide, je conclus que la rate est le réservoir qui sert à la contenir ; et cela parce que, au moment où l'acte de la chylification finit, on trouve la rate distendue par le sang. De plus, douze heures après le repas, comme le démontre la troisième expérience, la rate est petite et ne contient que très-peu de sang : la raison en est claire ; c'est quo, par l'effet des sécrétions qui s'opèrent par les divers émonctoires, la masse du sang est diminuée dans les vaisseaux, et alors pour maintenir l'équilibre, celui que contenait la rate rentre dans la circulation, et l'organe revient à son volume primitif, et il n'y circule que le sang nécessaire à sa nutrition.

« Nous avons maintenant à examiner la seconde série d'expériences. Lorsqu'après avoir extirpé la rate chez un chien on a fait prendre à l'animal une nourriture très-abondante deux fois seulement par jour, les symptômes qui se sont manifestés indiquaient clairement la présence dans les vaisseaux d'une quantité de sang plus considérable que de coutume et incompatible avec le libre exercice des organes ; mais comme cette quantité diminuait progressivement par l'effet des sécrétions, l'ordre se rétablissait et les accidens se calmaient. Lorsque, au contraire, la quantité de nourriture donnée à l'animal était petite, quoique souvent répétée, on n'observait aucun accident; en effet, l'augmentation de la quantité de sang ne faisait dans ce cas que compenser la partie de ce liquide enlevée par les sécrétions. M. Dobson cherche à établir en principe que les vaisseaux ne peuvent contenir impunément qu'une certaine quantité de sang, et que lorsque cette quantité augmente par une cause quelconque, c'est la rate qui sert à la recevoir et à la mettre, pour ainsi dire, en réserve; que si la masse du liquide en circulation vient à diminuer par quelque cause que ce soit, telle qu'une hémorrhagie,

une saignée, etc., la rate fournit alors aux organes le supplément de sang nécessaire pour qu'ils puissent remplir leurs fonctions, etc. »

L'auteur explique de la même manière comment il se fait que certains individus boivent, sans être incommodés, d'énormes quantités de bierre ou de vin. La fonction de la rate, dans ces cas, est aidée par une augmentation très-prononcée d'action des organes sécréteurs, surtout des reins. Il assure avoir examiné le cadavre de deux hommes qui avaient coutume de boire beaucoup d'ale, de porter et autres boissons, et avoir chez tous les deux trouvé la rate beaucoup plus volumineuse qu'elle n'est d'habitude; dans l'un d'eux même cet organe était énormément distendu, et lorsqu'on le pressait, il donnait la sensation d'une vessie à moitié pleine d'huile.

L'auteur présente ensuite quelques observations sur les maladies de la rate et sur ses lésions pathologiques.

« L'altération la plus ordinaire, dit-il, que présente cet organe, c'est une augmentation de volume après les fièvres intermittentes longues et rebelles, surtout lorsque la constitution a été antérieurement affaiblie par une cause quelconque, et surtout par l'intempérance. Cette lésion porte, en anglais, le nom vulgaire de *ague cake*, et elle est assez généralement connue. Il est facile de se rendre compte de la manière dont cette altération a lieu : la rate, dans les cas de fièvres intermittentes, reçoit toutes les vingt-quatre heures, pendant le frisson, ou plus rarement suivant le type de la maladie, une plus grande abondance de sang; ses vaisseaux et sa membrane très-élastique sont distendus au-delà de leur état habituel, et avant qu'ils aient pû revenir sur eux-mêmes, en vertu de leur élasticité, un nouvel afflux du sang y arrive, et cela successivement jusqu'à ce qu'ils aient perdu complètement leur contractilité. L'organe reste donc distendu; l'inflammation survient, qui épaissit les tissus, et des tubercules se forment dans l'épaisseur du parenchyme. »

De ces faits, l'auteur tire la conclusion pratique que, dans les maladies de la rate, dans les fièvres intermittentes, et dans les affections du système vasculaire en général, l'usage de faire prendre de grandes quantités de boissons est non-seulement irrationnel, mais même positivement nuisible. (*An experimental inquiry into the structure et functions of the spleen; by D.r Dobson, et the Lond. med. and. surg. Journ.*, septembre 1830.)

Pathologie.

ENCÉPHALITE CHRONIQUE. *Obs. par M. Ono-Biot, chirurgien de 2.e classe de la marine.* — Murier, âgé de 19 ans, de moyenne taille, gras et coloré, matelot sur la corvette de charge la *Seine*, n'avait jamais été

malade, lorsque le 23 mai 1829, il se présenta à la visite avec une physionomie sombre et chagrine, se plaignant d'une céphalalgie opiniâtre, accompagnée de vomissemens après le repas du soir; ces accidens duraient depuis plusieurs jours, pendant lesquels le malade avait été tourmenté par une insomnie douloureuse et un éloignement invincible pour le mouvement, (*Saignée de pied, pédiluves très-chauds, compresses froides d'oxycrat sur le front*). Soulagement, sommeil; le mieux continuant, Murier reprend son service, le 2 juin. Le 8, le malade dit que sa vue est devenue très-courte depuis peu de jours, que les premiers symptômes ont reparu avec une nouvelle violence: violente douleur de tête, que le malade compare à la constriction qu'eût exercée sur le crâne un cercle de fer; insomnie opiniâtre, face rouge, bouffie; yeux sans expression; pupilles dilatées, strabisme; vomissemens bilieux, fréquens; éructations et rapports acides, brûlans; langue humide; soif nulle; anorexie complète; ventre souple, sans chaleur, insensible à la plus forte pression; pouls régulier, d'une lenteur remarquable. La diète sévère, l'eau gommée pour boisson; une nouvelle saignée de pied, 12 sangsues aux tempes, des pédiluves sinapisés brûlans, des réfrigérans sur le front, des lavemens purgatifs, furent successivement employés sans que le malade en obtînt le plus léger soulagement.

Le 13 juin; douleurs très-violentes dans l'oreille gauche; délire, mais de peu de durée; agitation continuelle des muscles des deux côtés de la face; pupilles alternativement resserrées et dilatées; peau sèche et rapeuse; visage très-pâle; pouls irrégulier, plus faible que jamais. (*12 sangsues à l'oreille douloureuse, pédiluves irritans, lavemens purgatifs.*) La douleur ayant envahi les deux oreilles, on joignit des injections anodines et des cataplasmes. Plus tard un séton fut passé à la nuque. Le 26 juin, Murier se plaignit d'éprouver un frisson qui durait plusieurs heures, et que remplaçait une chaleur incommode pendant toute la nuit. L'estomac étant sans le moindre signe d'irritation, on essaya d'abord 4, puis 8 grains de sulfate de quinine; la langue rougit aussitôt et l'estomac devint sensible, 12 sangsues apaisèrent l'irritation de l'estomac. Cependant le frisson du soir apparaissant toujours régulièrement, on continua le fébrifuge, mais en lavement. En même temps deux vésicatoires furent successivement établis aux cuisses, et des sinapismes étaient promenés, chaque jour, sur les membres abdominaux. Les accès cessèrent, mais le malade était épuisé; il résista aux rigueurs du Cap Horn, et après avoir offert toutes les horreurs du marasme le plus complet, il s'éteignit sur la rade du Callao de Lima, le 28 août, trois mois après son entrée à l'hôpital. Pendant le dernier mois de son existence il avait éprouvé un profond engourdissement du pied droit, précédé de fourmillement, et accom-

pagné d'un froid glacial de la peau que rien ne pouvait diminuer. Il y avait un affaiblissement du mouvement dans le membre abdominal droit seulement, mais sans perte de sentiment. Alors le regard était fixe, les paupières écartées, les pupilles dilatées; les muscles de la face agités de mouvemens convulsifs; la perte de sentiment remplaçait par intervalles les douleurs excessives qui, malgré l'emploi des opiacés, tourmentèrent le malade jusqu'à sa mort. On n'a observé aucun trouble des fonctions urinaires; il y avait constipation.

Autopsie cadavérique. Emaciation excessive; érection du pénis; tête très-lourde comparativement à l'extrême légèreté du reste du cadavre. Dure-mère parcourue par des vaisseaux nombreux et gorgés de sang; lobe gauche du cerveau apparaît plus volumineux que le droit. Arachnoïde distendue par un amas considérable d'une sérosité limpide uniformément épanchée dans sa cavité. Le cerveau mis à nu, la partie correspondante à la fosse moyenne et latérale gauche de la base du crâne offre une tache de couleur de lie de vin; en la touchant légèrement, le tissu cède et laisse échapper un verre et demi d'un pus rouge brun, mêlé de débris de la substance cérébrale, de petits caillots d'un sang noir, et de morceaux d'une substance blanche s'écrasant entre les doigts comme de la craie. Le foyer communique avec le ventricule gauche ramolli, désorganisé; il n'existe pas de kyste; le cerveau était seulement ramolli à un pouce d'épaisseur dans toute la circonférence du foyer, tandis qu'à son sommet, il est ferme et résistant, mais pointillé de rouge comme le cervelet. L'arachnoïde présente une rougeur et un épaississement remarquables au niveau de la tache de la base du cerveau. Le temporal correspondant semble rugueux au toucher. L'estomac avait son volume ordinaire, sa membrane muqueuse était ramollie, grisâtre, et offrait, au grand cul-de-sac, des vergetures d'un rouge vineux. Les autres viscères paraissaient sains. — Quoique la description anatomique et symptomatologique de la maladie laisse à desirer quelques détails, ce fait présente quelqu'intérêt en ce que la marche de l'affection, et quelques-uns des symptômes ne concordent pas avec les descriptions qu'on a données dans ces derniers temps de l'encéphalite. (*Journ. univ. des Sc. méd.* T. LIX, 175.e *cahier.*)

Affection de la moelle épinière, promptement terminée par la mort; *obs. communiquée par M. Coliny, docteur-médecin, à Nancy.* — Le 19 juillet 1830 à six heures du soir, on apporta à l'hôpital Saint-Charles de Nancy, un vigneron nommé J.-B. Corbin, âgé de 29 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste et d'un embonpoint médiocre. Il présentait l'état suivant : résolution complète avec insensibilité des extrémités supérieures et inférieures, face dans l'état naturel, pupilles assez resserrées mais contractiles,

fonctions intellectuelles saines, ouïe bonne, parole libre, langue sortant facilement et sans déviation, humide, léger enduit blanchâtre, respiration dans l'état normal, pouls plein, dur, à 45, vessie et rectum paralysés. Il me donna sur l'invasion de sa maladie, les renseignemens suivans : il avait été, dans la journée du 18, de Boudonville, (faubourg de Nancy) qu'il habite, à un village situé près d'une lieue de là; il eut à supporter, pendant le trajet, la chaleur d'un soleil brûlant. Arrivé au terme de son voyage il but du vin mais en petite quantité, il retourna chez lui, pendant la nuit qui fut chaude; mais en route il est pris tout-à-coup d'une faiblesse générale (ce sont ses expressions) et tombe : il ne peut se relever, et deux personnes qui l'accompagnaient l'emportent chez lui. Il n'avait cependant pas perdu connaissance avant ni depuis sa chute, ni ressenti aucune douleur à la tête, seulement il se plaint depuis d'une douleur dans la région cervicale de l'épine. Depuis l'accident, il n'avait pris que deux tasses d'infusion de fleurs d'oranger, un médecin qui l'avait vu s'était contenté de le sonder et de l'envoyer à l'hôpital. J'étais alors chargé du service des salles de médecine que M. le docteur Serrières médecin en chef avait eu la bonté de me confier pendant son séjour aux eaux; je fis pratiquer au bras une saignée de trois palettes : le sang sort rouge et rutilant comme du sang artériel et se coagule sur le champ; le malade éprouvant un sentiment de froid, une légère infusion de tilleul est prescrite; on ordonne de l'eau d'orge pour sa boisson ordinaire.

Le 20, à cinq heures du matin, il sort à-peu-près un demi-litre d'urine naturelle : le malade n'avait pas été sondé depuis quinze heures; son pouls est à 85, sa face est plus colorée que la veille, la respiration est aussi plus difficile, on exhausse le chevet. A huit heures, la respiration est plus facile, la face moins colorée, le pouls n'est plus qu'à 70, il est moins dur que la veille; le malade se plaint de fourmillemens désagréables dans les jambes qui sont toujours insensibles, les extrémités supérieures ont recouvré leur sensibilité; le malade peut lever les bras de quelques pouces, en appuyant les poignets sur le lit, il ne peut pas mouvoir les doigts; la douleur de la région cervicale a presqu'entièrement disparu. (12 *sangsues*, loco dolenti, *limonade*, *lavement purgatif*.) Les sangsues ont bien pris et saigné, le malade est toujours dans le même état jusques vers deux heures; alors une sœur ayant voulu le faire boire, s'aperçut qu'il rejettait au loin la boisson, après avoir tenté de l'avaler. A cinq heures du soir, le malade a la face pâle, les yeux fixes, les paupières abaissées, tuméfiées, bleuâtres; la respiration est difficile, un râle muqueux très-fort se fait entendre, le pouls est mou, fréquent, la peau brûlante; perte de connaissance, selle copieuse involontaire. (*Vésicatoires aux jam-*

bes.) Mort à six heures. Il fut impossible de faire l'ouverture du corps.

Chez ce sujet, il y a eu évidemment compression de la moelle épinière, et le lieu de cette compression peut être fixé à la région cervicale où il éprouva une assez vive douleur qui disparut presque complètement après la saignée, mais la cause de cette compression ne peut être aussi facilement déterminée, dépourvus comme nous le sommes de la sanction de l'examen anatomique; cependant on peut dire que c'était ou une congestion dans les vaisseaux de la moelle épinière et de ses membranes, ou un épanchement sanguin consécutif à la rupture de ces vaisseaux. M. Ollivier d'Angers rapporte dans son ouvrage une observation, (c'est la LX.e) qui se rapproche beaucoup de celle-ci: il fut comme nous dans l'impossibilité de s'éclairer par la nécropsie.

Hématorachis, ou apoplexie spinale. — *Obs. par M. Fallot, médecin de l'hôpital de Namur.* — Un homme de 20 ans, taille moyenne, membres bien musclés, cheveux blonds, yeux bleus, imberbe, n'ayant jamais été malade, perd progressivement son appétit et ses forces, et crache du sang pendant trois jours de suite, ce qui ne l'empêche pas cependant de continuer à faire son service jusqu'au 11 mai, qu'il est envoyé à l'hôpital dans l'état suivant: face colorée, bouffie, avec œdème des paupières et yeux injectés; céphalalgie légère, lassitude extrême et douleurs des membres; facultés intellectuelles libres; pouls sans fréquence, peau sans chaleur; respiration facile, égale; un peu de mal de gorge et de difficulté d'avaler; le fond de la gorge est sans rougeur. (*Bains de pied, tisane commune.*) Le soir, congestion cérébrale brusque, éblouissemens, vertiges, face vultueuse, yeux injectés, pouls petit et serré. (*Saignée de 14 onces.*) La céphalalgie, le gonflement de la face et l'injection des yeux disparaissent. Cependant la nuit est agitée et sans sommeil. Le 12, à la visite, tête libre, face très-colorée; œdème ne persistant qu'à la seule paupière inférieure gauche; inquiétude extrême, agitation continuelle à cause des violentes douleurs des membres; ceux-ci sont agités de temps en temps de contractions spasmodiques, et pendant leur durée le visage devient bleuâtre, la tête est fortement renversée en arrière, et tout mouvement pour la ramener dans son attitude naturelle excite de vives douleurs. La région cervicale est tuméfiée et chaude, douloureuse à la pression. Peau plutôt froide que chaude, pouls petit, lent et concentré; sensibilité cutanée émoussée; langue nette, plate et molle; soif nulle. Excrétion de l'urine; constipation. (*Quarante sangsues à la nuque; lavement purgatif; eau de gomme acidulée.*) Diminution des symptômes pendant la journée; mais coliques qui ont nécessité l'application de dix sangsues sur le trajet du colon.

Le 13, poumons engoués, râle crépitant dans toute leur étendue; rejet à chaque secousse de la toux d'une gorgée de liquide séro-sanguinolent que surnage une écume épaisse abondante; traits altérés; face bleuâtre, bouffie; respiration courte, bouillonnante, hâtée; battemens du cœur précipités et confus; pouls filiforme; extrémités froides; disparition de toute contraction spasmodique; les muscles obéissent à la volonté; le malade s'assied à notre demande, mais il ne peut conserver cette attitude dans la crainte de suffoquer, et retombe sur le côté droit; la tête est inclinée sur la poitrine sans souffrance, mais elle retombe en arrière quand on l'abandonne à elle-même; la peau a recouvré sa sensibilité naturelle partout ailleurs qu'à la région cervico-dorsale; tout le corps exhale une odeur nauséeuse pénétrante. (*Ventouses profondément scarifiées à la nuque et au dos.*) Elles donnent beaucoup de sang, et immédiatement après la sensibilité de cette région se réveille; la respiration est moins bouillonnante et moins courte; la peau se réchauffe un peu. (*Douze sangsues près du grand trou occipital; sinapismes brûlans au dos; vésicatoires aux mollets.*) Journée tranquille; le malade répète plus d'une fois qu'il se trouve bien, et qu'il ne ressent plus aucune douleur. A quatre heures, il se retourne du côté sur le dos, et meurt incontinent sans agonie. Quelques instans après la mort, la face était bouffie, les lèvres considérablement gonflées et violettes, la verge dans une demi-érection.

Nécropsie dix-sept heures après la mort. — Bouffissure et lividité de la face, flaccidité des membres; à la section des muscles de la région cervicale, il s'écoule beaucoup de sang noir et liquide, ce qui n'a pas lieu dans d'autres régions. Surface du cerveau et du cervelet d'un rouge obscur, ce qui dépend en partie de l'extrême distension des vaisseaux méningiens et des sinus par du sang noir, en partie de l'infiltration séro-sanguinolente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La substance du cerveau et du cervelet ne présente aucune *hyperhémie* anormale; elle est ferme partout ailleurs que dans le trigone cérébral, qui est sensiblement ramolli à ses piliers antérieurs. Un peu de sérosité rougeâtre dans les ventricules latéraux; sous l'arachnoïde du bord interne de la surface inférieure du lobe cérébelleux gauche, existe environ une cuillerée à café de sang noir coagulé. Vaisseaux des méninges rachidiennes fortement injectés en rouge vif; à la surface postérieure de la moelle on rencontre, à la hauteur de la cinquième paire cervicale, sous l'arachnoïde qu'elle soulève, une couche de sang caillé, qui, bornée d'abord dans l'espace de quelques lignes au cordon droit, s'élargit ensuite, et recouvre, en variant seulement d'épaisseur, toute cette surface jusqu'à l'origine de la portion dite queue de cheval, où elle se termine

brusquement. A la surface antérieure de la moelle on remarque plusieurs petits caillots de sang, distincts, de forme inégale, et appuyés sur les nerfs spinaux, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le premier caillot se remarque immédiatement en dehors du grand trou occipital, et beaucoup plus haut par conséquent que le commencement de la couche de la face postérieure; vers le milieu de la région dorsale il en existe un de deux pouces de longueur, occupant toute la largeur du canal; ces couches et caillots sont fortement collés aux parties sous-jacentes et aux faisceaux nerveux qui s'en détachent, et dont ils remplissent exactement les intervalles. La substance propre de la moelle n'a subi aucune altération, ni dans sa consistance, ni dans sa couleur; mais au-dessous des épanchemens, la membrane qui l'enveloppe immédiatement est d'un rouge plus foncé qu'ailleurs et ne pâlit pas par le lavage. Poumons gorgés de sang noir et écumeux, crépitant partout. Epanchement d'une pinte environ de liquide séro-sanguinolent dans la cavité de la plèvre gauche. Adhérences de la plèvre droite. Cœur d'une grandeur peu commune; parois ventriculaires épaisses. Système veineux rempli de sang; l'oreillette droite contient un énorme caillot; les cavités gauches sont vides. Sérosité sanguinolente dans la cavité du péritoine. Injection arborisée et pointillée d'une grande partie de l'iléon; quelques plaques ovales d'un rouge-brun, ponctuées en bleu noirâtre sur la surface libre de la terminaison de l'iléon. (*Journ. complém. des Sc. méd.*, T. XXXVII, octobre 1830.)

Péritonite puerpérale avec perforation de l'œsophage; *obs. par M. Ad. Lachèze, prof. adjoint à l'école second. de Médec. d'Angers.* — Aglaé Ch., âgée de 15 ans, vint à l'hospice de la Maternité pour y faire ses couches. Elle se porta toujours assez bien pendant le temps de sa grossesse. Cependant quinze jours à peu-près avant son accouchement, il se manifesta des coliques assez violentes qui furent accompagnées de diarrhée; elle accoucha néanmoins heureusement le 18 décembre 1827. Les lochies furent peu abondantes, le lait ne se porta pas aux seins. Le ventre resta développé, et le dévoiement continua toujours malgré l'emploi des opiacés unis aux adoucissans et une diète sévère. Cet état persista toujours jusqu'au 27 du même mois. A cette époque, les douleurs prirent une intensité alarmante; douleur violente dans l'abdomen augmentée par la pression, envies de vomir, quelques vomissemens de matières noirâtres; sentiment de constriction à la poitrine, douleur à la région du cou assez violente et augmentée par le toucher. (*Tisane pectorale, potion antispasmodique, diète absolue.*) Le 28, diminution des symptômes; le dévoiement a cessé pour reprendre ensuite le 29 avec plus de force. (*Lavement avec amidon et laudanum 18 gouttes, tisane de riz, potion*

calmante avec le sirop de coing; diète absolue.) Les 30 et 31, même état. (*Mêmes prescriptions.*) Les 2, 3 et 4 janvier 1830, point d'amélioration; les traits de la malade s'altèrent, la face devient hippocratique. Le 5, de nouvelles douleurs se font sentir à la région abdominale. (*Application de dix sangsues à la vulve.*) Le 6, état de plus en plus alarmant, face d'une pâleur extrême, traits tirés en bas; de temps en temps la douleur du cou et l'oppression se sont montrés avec plus d'intensité et ont disparu successivement. Mort à dix heures du soir, avec pleine connaissance.

Autopsie cadavérique le 7, quatorze heures après la mort.—Le crâne n'a pas été ouvert; le cou a offert, à la partie latérale droite, une désorganisation des muscles et du tissu cellulaire en une espèce de bouillie noirâtre, d'une odeur douce, sucrée, analogue au liquide trouvé plus tard dans la poitrine et l'estomac; ce désordre se continuait supérieurement jusqu'à l'angle de la mâchoire; les vaisseaux et les nerfs de ces parties se trouvaient comme disséqués inférieurement; la même désorganisation se continuait dans le médiastin postérieur, le long de la colonne vertébrale. — La cavité thoracique était remplie d'un liquide noirâtre, analogue à celui que l'on trouve dans l'estomac, et à celui qui a reflué vers le cou; ce liquide, qui était assez épais, avait une odeur douce, sirupeuse. Les poumons, revenus sur eux-mêmes, avaient de légères adhérences avec la plèvre; le médiastin postérieur, percé dans les deux cavités de la plèvre, à la réunion du tiers supérieur avec le tiers inférieur, laissait couler le fluide noirâtre qu'on observait épanché dans les deux sacs membraneux. L'œsophage était perforé dans l'étendue de deux pouces et demi à peu-près; de l'orifice cardiaque à la première ramification des bronches, il ne restait de l'œsophage que deux lignes en largeur de la paroi postérieure et dont les bords étaient frangés. Les membranes qui composaient cette paroi n'offraient aucune désorganisation, aucun changement dans leur nature. — Tout l'abdomen était rempli d'un liquide séro-purulent; un grand nombre d'adhérences unissaient tous les organes de cette cavité entr'eux; la partie supérieure du tube était saine; tous les gros intestins offraient un ramollissement et un épaississement de la muqueuse; la partie la plus inférieure de l'iléon en offrait autant. La matrice était revenue sur elle-même et parfaitement saine. (*La Lancette française*, T. 4, n.° 6.)

Combustion humaine spontanée. — *Obs. communiquée par M. Etoc Demazy, pharmacien au Mans, membre du jury médical de la Sarthe, etc.* — Les auteurs qui ont écrit sur la combustion humaine spontanée sont généralement d'accord sur les causes prédisposantes, mais diffèrent sur la manière d'expliquer la production de ce phénomène; il est donc nécessaire de recueillir tous les faits de ce

genre qui se présentent. Quoique celui que nous allons rapporter manque de plusieurs détails importans et ressemble sous beaucoup de rapports aux observations de combustion humaine spontanée déjà connues, nous avons cru qu'il offrait encore assez d'intérêt pour le publier.

Clotilde Herpain, mariée au nommé Guy, cordonnier à la Ferté-Bernard (Sarthe), âgée de 53 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'un embonpoint remarquable, ordinairement vive et gaie, se plaint néanmoins de pesanteur à la tête, de somnolence et de palpitations; dans l'intervalle des repas, l'eau-de-vie est sa boisson ordinaire; ses règles ont disparu depuis plusieurs années sans que la santé en ait souffert. Le soir du 2 février 1829, le thermomètre marque 4°-o. R., le baromètre est à 28 pouces; le temps est beau, l'air agité, vent nord-est. La femme Guy est vêtue de grosse étoffe de laine; elle achète un quart de littre d'eau-de-vie à 18.° c'est pour mettre dit-elle, dans des crêpes qu'elle va préparer, mais on pense qu'elle en boira une grande partie. Son mari la quitte vers six heures et sa fille une demi-heure après; elle est encore occupée à la cuisson de sa pâte. A 7 heures, c'est-à-dire, trente minutes environ après la sortie de sa fille, Guy rentre dans sa maison : les crêpes sont faites et déposées sur une table; le feu de la cheminée consiste dans quelques tisons à peine allumés; il n'y a dans la chambre ni lumière, ni charbon incandescent. Clotilde est assise sur une petite chaise à peu de distance du foyer, la tête penchée en avant, une de ses mains placée de côté et élevée à la hauteur de la tête; de l'autre elle semble s'apuyer sur le pavé. En voyant sa femme immobile, Guy la croit endormie, les questions qu'il lui adresse restent sans réponse, il l'agite sur sa chaise, et aussitôt il aperçoit le feu dans ses vêtemens; pour l'éteindre plus facilement il l'éloigne de la cheminée et la couche sur le plancher. Le mouvement imprimé à l'air excite la combustion qui devient vive et générale : dans un instant les vêtemens sont consumés. Les voisins arrivent, on apporte des lumières, mais la fumée est si épaisse qu'on se touche sans se voir et l'odeur si infecte que plusieurs personnes ne peuvent la supporter : dans la rue elle se fait sentir à une distance de plus de cinquante mètres. De l'eau jetée sur le corps y bouillonne et donne plus d'activité aux flammes qui auparavant étaient petites, légères et violâtres, à-peu-près comme celles qui sont produites par l'eau-de-vie. Des linges mouillés qu'on y applique peuvent seuls les éteindre.

Lorsque la fumée eut en partie disparu, et que l'étonnement fut dissipé, on examina le cadavre : il était horrible. La tête conservait encore une partie de ses cheveux; le nez, les lèvres, les yeux, les oreilles étaient détruits; le tronc, les membres étaient couverts d'escarrhes

noires plus ou moins profondes et entièrement charbonnées dans quelques endroits; un pied seul et un sein avaient échappé à la combustion. La graisse coulait à la manière des huiles. On m'a assuré que quand la femme Guy dirigeait ses crachats sur des charbons ardens, ils brûlaient quelquefois comme imprégnés d'une liqueur alcoolique, et que lorsqu'on jeta de l'eau sur le corps, on vit sortir par l'anus ou par la vulve une flamme qui parut grosse comme le bras.

Le juge de paix dressa un procès-verbal sans appeler un médecin, et aucun des trois docteurs qui habitent la Ferté-Bernard n'alla visiter la victime de cet évènement. Il est fâcheux qu'ils n'aient pas procédé à l'autopsie de la femme Guy!

Thérapeutique.

Laryngotomie pratiquée avec succès malgré l'existence d'un goitre volumineux. — *Obs. par M. Willaume, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz* — Madame Loire, âgée de 28 ans, enceinte de cinq mois, et portant un goître assez volumineux, avala, en mangeant de la soupe, un fragment d'os de bœuf qui passa dans la trachée-artère. Cette portion d'os, de forme irrégulière, longue de six lignes, large de cinq environ, présentait plusieurs pointes saillantes fort aiguës. La douleur, l'agitation, les efforts de vomissement furent aussitôt les suites de cet accident, contre lequel on employa inutilement d'abord toute espèce de moyens pour obtenir l'expulsion du corps étranger. La douleur, la dyspnée et l'agitation cessaient bien par intervalles, mais ces accidens reparaissaient bientôt avec une nouvelle force; les angoisses de la malade étaient inexprimables, le front se couvrait de sueur, les yeux s'injectaient, la face devenait bleue. L'intermittence des accidens permit à cette dame de les endurer pendant quinze jours, mais sa santé en éprouvait une atteinte profonde; les forces s'affaiblissaient, et tout faisait sentir que cette position ne pouvait se prolonger sans danger pour la vie. L'opération de la laryngotomie fut donc jugée nécessaire, et pratiquée par M. Willaume, le 11 décembre 1828, en présence de M. Scoutetten et de plusieurs chirurgiens militaires.

La malade ayant été couchée horizontalement sur un lit, et maintenue par des aides, l'opérateur pratiqua une première incision à la partie antérieure et moyenne du cou en faisant déprimer fortement le goître en bas, afin de pouvoir découvrir la trachée-artère. Quelques petits vaisseaux furent divisés, mais sans fournir assez de sang pour suspendre l'opération. Après quelques difficultés causées par le volume du corps thyroïde, l'opérateur enfonce son bistouri transversalement, divise la membrane crico-thyroïdienne, et, retour-

nant l'instrument, il coupe le cartilage thyroïde sans difficulté dans toute sa longueur et à sa partie moyenne. A cette époque de l'opération, la malade, qui s'était jusqu'alors contenue par de violens efforts, se lève tout à-coup sur son séant, demande de l'air; l'anxiété la plus profonde est peinte sur son visage; les yeux sont saillans, humides; la face injectée, la bouche écumeuse; du sang mêlé à l'air est projetté par la plaie du cou. Cependant ces accidens se calment: le doigt auriculaire est introduit dans la plaie pour reconnaître si le corps étranger n'est pas logé dans un des sinus du larynx, mais l'exploration est infructueuse. Alors M. Scoutetten introduit une sonde dans la partie inférieure de la trachée-artère; cet instrument rencontre un léger obstacle, qui paraît provenir de l'implantation de la portion d'os. Après quelques mouvemens, l'os se détache, et bientôt, dans un violent accès de toux, il est expulsé par la bouche avec un gros flocon de mucosités. La plaie, réunie par des bandelettes agglutinatives, fut cicatrisée promptement. La voix n'a éprouvé aucune altération, l'accouchement s'est fait à terme. (Extrait du *Compte rendu des travaux de la Société des Sciences médicales du département de la Moselle.*)

Tumeur sous-maxillaire produite par une soie de sanglier introduite dans le canal de Warthon; *obs. par M. Robert, aide d'anatomie à la Faculté de Paris.* — « Dans le mois de septembre 1829, je fus consulté par le portier de la maison que j'habite, cordonnier de profession, âgé de 40 ans et d'une constitution lymphatique. Depuis quelque temps, il avait dans la région sous-maxillaire droite un gonflement accompagné de peu de douleur, offrant dans son volume de fréquentes variations, quoique habituellement considérable, alternant souvent avec un écoulement mucoso-purulent qui se faisait jour par la partie inférieure de la bouche; la glande maxillaire dépassait le niveau de la mâchoire inférieure et me parut avoir triplé de volume; la pression en était indolente, mais elle provoquait un écoulement assez abondant par l'orifice ulcéré du canal de Warthon, et par une petite ouverture accidentelle placée dans son voisinage. Je présumai d'abord la présence dans ce canal d'un de ces calculs salivaires, dont les auteurs rapportent un si grand nombre d'exemples; mais un stylet, que j'essayai d'y introduire, pénétra à un pouce de profondeur dans la direction du canal, et s'arrêta là, sans me faire rien découvrir; je jugeai le malade atteint d'un engorgement inflammatoire chronique de la glande sous-maxillaire; et quoique son habitation soit moins malsaine que celle de la plupart des portiers de Paris, j'en attribuai la cause au froid et à l'humidité. Je lui prescrivis, en conséquence, une large et épaisse cravatte ouatée, des cataplasmes émolliens pendant la nuit, des gargarismes, une tisane amère,

et de temps en temps des purgatifs. Trois mois se passèrent sans qu'il se manifestât aucun changement; mais un jour le malade vint m'avertir que l'extrémité d'un morceau de soie de sanglier sortait par l'une des petites ulcérations et lui piquait la langue; j'en pratiquai sans peine l'extraction avec une pince, et au bout d'une semaine, gonflement, douleur, écoulement, tout était dissipé. Ce crin est un de ceux dont se servent les cordonniers pour diriger le fil avec lequel il cousent leurs cuirs, et qu'ils portent souvent entre les dents pour les couper; il est un peu recourbé en angle à l'une de ses extrémités, et présente deux pouces de longueur. La marche et la ténacité de la maladie me furent dès lors expliqués : le crin avait sans doute pénétré dans le canal de Warthon, et l'inflammation que sa présence y avait fait naître s'était propagée par continuité de tissu, à la totalité de la glande sous-maxillaire. » (*Revue méd.*, août 1830.)

Accouchemens.

Sur un nouveau signe rationnel indiquant la grossesse avant le quatrième mois, *par le docteur Jos. Beccaria.* — Tous les praticiens savent combien sont peu certains les différens signes rationnels indiqués par les auteurs pour déterminer, avant le quatrième mois, s'il y a réellement grossesse. Il suffit, en effet, de rappeller quelques-uns de ces signes pour reconnaître que chacun d'eux est plus propre à induire en erreur, qu'à donner quelques renseignemens précis sur une question qu'il importe souvent de résoudre; en outre, si chacun d'eux pris isolément est sans valeur, il faut convenir aussi que leur réunion, quand par hasard elle existe, ne conduit pas, la plupart du temps, à une solution plus certaine. Ces signes sont l'inappétence, des appétits bizarres, des dégoûts inaccoutumés, un sentiment de fatigue avec douleur des membres, de la mélancolie, une sensation pénible dans le bas-ventre et spécialement dans la région de l'utérus, des nausées, un malaise général, des vomissemens, des céphalalgies, l'odontalgie, une difficulté d'uriner, des vertiges, des syncopes, la suppression des règles.

Le symptôme dont je veux parler, dit le docteur Beccaria, je l'ai observé chez plusieurs femmes, depuis quelques années; il consiste dans une douleur pulsative très-vive, bornée à la région du cervelet, et occupant spécialement cette partie que Gall désigne comme le siége de l'instinct de la reproduction. Cette douleur est accompagnée d'étourdissemens au moindre mouvement de la tête, et de difficulté de supporter la lumière. Les femmes qui éprouvent cette douleur particulière, la ressentent tout-à-coup sans qu'aucun symptôme précurseur ne l'ait annoncée : elle dure quelque temps, et bientôt un besoin de dormir lui succède, et après avoir sommeillé quelques instans, le

réveil a lieu avec la disparition complète de la douleur, accompagnée d'un appétit assez vif. Ces douleurs reparaissent chaque jour, à peu-près à la même heure, pendant huit jours environ; elles se dissipent ensuite spontanément sans qu'aucun moyen employé pour les combattre ait pu les faire disparaître auparavant.

Ordinairement, ce signe se manifeste sans qu'aucun de ceux que nous avons énumérés se présente en même temps : je l'ai même observé dans des cas où les femmes, n'ayant aucunement la conscience de leur état, ne soupçonnaient même pas qu'elles fussent enceintes. (*Annali universali di Med.* septembre 1830.)

Emploi de l'extrait de ratanhia pour prévenir l'avortement, *par M. Chauffard, médecin de l'hôpital d'Avignon.*—Madame V..., très-blonde, délicate, lymphatique, quoique d'ailleurs vive et maigre, devint enceinte dans la première année de son mariage, et avorta du troisième au quatrième mois, malgré la saignée et le repos qui lui furent prescrits dès les préludes de ces accidens. La malade languit long-temps après cette fausse-couche, avec des douleurs sourdes dans le bas-ventre et la matrice, avec des attaques nerveuses. Enfin, l'exténuation faisait des progrès, et une diarrhée opiniâtre existait. Une nourriture légère, le repos, les bains et des boissons douces, guérirent cette dame dont l'état avait été exaspéré par l'usage des toniques et des excitans. Un an après sa guérison, elle devint enceinte. Sa grossesse fut assez pénible. Elle agissait peu, et ses reins étaient lourds. Le troisième mois de gestation expiré, après les préludes accoutumés de l'avortement, hémorrhagie par les voies sexuelles qui laisse sur le linge des taches de la largeur d'un écu de cinq livres, et qui ne cède ni au régime ni aux tisanes rafraîchissantes, ni à la saignée, ni à la position horizontale, qui se termine enfin par une perte très-forte et par la sortie de l'embryon. Madame V... resta nerveuse assez long-temps. Six mois après cette fausse-couche, une nouvelle grossesse eut lieu. Dès le premier instant, repos des plus absolus. Malgré cette précaution, douleur de reins dès le commencement de la gestation : plus tard, hémorrhagie comme les précédentes fois, peu copieuse, mais présageant l'avortement. La malade garda le lit, se borna aux potages pour toute nourriture, à l'infusion de roses de Provins pour tisane, et fut mise en outre à l'usage de la potion et des pilules suivantes : *Eau de plantain*, ℥ iv; *sirop de roses rouges*, ℥ ij; *extrait de ratanhia*, ℈j; *sulfate d'alumine*, gr. vj, *mêlez.* — *Extrait de ratanhia*, ʒ ß; *conserve de cynorrhodon*, *s. q.*, *six pilules.* — Madame V.... prit en moins de 60 heures deux potions et trois doses de pilules, c'est-à-dire, deux gros et douze grains d'extrait de ratanhia. L'hémorrhagie, sous l'influence de cette médication, s'arrêta dès le second

jour, et le dixième la malade fit quelques pas dans son appartement : elle parcourut tout le cours de sa grossesse sans autre accident, et accoucha d'une fille à terme et bien portante. Un an après elle devint encore enceinte, et mit au monde un fils fortement constitué : elle ne fut pas même assujettie, dans cette seconde grossesse, à un repos aussi rigoureux que pendant la première. — Si l'on ne peut conclure de ce fait, dit l'auteur de l'observation, que l'extrait de ratanhia ait prévenu l'avortement, on conviendra, ce me semble, que de n'avoir pas saigné a été réellement avantageux; et delà cette conséquence que les méthodes les meilleures, employées dans toutes les occasions et par routine, peuvent devenir pernicieuses. (*Journ. univ. des Sc. méd.*, t. LIX, 175.e cah.)

Symphyséotomie pratiquée avec succès. — *Obs. de M. le docteur Stock.* — Dans le courant de janvier 1828, je fus appelé, dit l'auteur, à neuf heures du soir, au village de Creutzvald (Meuse), pour procéder à la délivrance de Jeannette Merten, âgée de 23 ans. Cette fille, d'une bonne santé habituelle et d'une forte constitution, était dans le travail d'un premier accouchement, assistée de deux sages-femmes. Les premières douleurs s'étaient fait sentir depuis quarante-huit heures, et les eaux s'étaient écoulées au commencement du travail. Je trouvai la malade très-faible (elle avait été saignée), le ventre est affaissé, l'enfant paraît être sans mouvement depuis long-temps, les parties externes de la génération sont gonflées et très-douloureuses; elles semblent avoir beaucoup souffert par le toucher trop souvent répété; il s'écoule par le vagin des mucosités sanguinolentes mêlées de méconium. Le toucher me fait reconnaître la dilatation complète du col, mais la tête, dont l'occiput se présente en avant, est très-volumineuse relativement aux diamètres du bassin. L'antéro-postérieur à tout au plus deux pouces et demi, et les branches de l'arcade pubienne sont trop rapprochées pour rendre possible la sortie de l'enfant, car je puis introduire deux doigts dans le vagin. J'attends quelque temps, et je vois les contractions utérines diminuer de plus en plus de force et de durée : j'essaie inutilement l'application du forceps; son application est impossible, la filière osseuse mettant obstacle à la pénétration de ses branches.

Tous les moyens capables d'entraîner la tête dans l'excavation pelvienne ayant été employés inutilement, et la mort de l'enfant me paraissant à-peu-près certaine, je me décidai à pratiquer la ponction du crâne. J'ouvre largement cette cavité avec le ciseau de Smellie afin d'extraire le cerveau, je fais plusieurs applications du tire-tête, j'essaie le crochet, j'introduis le doigt indicateur dans l'ouverture pratiquée; malgré toutes ces tentatives je ne puis parvenir à faire descendre la tête au-dessous de l'obstacle. La malade ex-

tenuée par des manœuvres aussi douloureuses et aussi prolongées, est laissée en repos; on lui administre un lavement, et on la place ensuite dans un bain où elle reste une demi-heure. A deux heures du matin, je renouvelle les tentatives d'extraction; à l'aide du brise-crâne, je parviens en partie à démembrer les os de la tête, et malgré le vide opéré par l'écoulement du cerveau et la sortie de quelques os, la situation de cette malheureuse n'est aucunement améliorée.

Je prends alors le parti de pratiquer la symphyséotomie. Je fis donc placer la malade sur le bord de son lit, les jambes écartées et à demi-fléchies, le bassin un peu relevé, une sage-femme fut placée de chaque côté pour soutenir et écarter les cuisses au besoin. Après avoir rasé le mont de Vénus, je me plaçai entre les jambes de la femme. Une sonde fut introduite dans la vessie. J'incisai la peau et le tissu cellulaire dans la direction de la symphyse, le fibro-cartilage fut divisé avec précaution et par couches, en recommandant à mes aides d'exercer quelques légères tractions sur les cuisses au moment de l'opération; je fis ensuite la section du reste des ligamens; la division s'effectua graduellement, et j'obtins un écartement d'un bon pouce. Je pus alors introduire facilement la main droite, et saisir avec deux doigts les lambeaux de la tête; après de légères tractions elle s'engagea librement dans l'excavation pelvienne, et fut amenée au dehors sans difficulté, ainsi que le reste du corps de l'enfant: j'avais fait maintenir avec soin l'écartement du pubis pendant cette extraction. Les cuisses furent aussitôt rapprochées et maintenues dans cette position, la plaie réunie par des bandelettes agglutinatives; l'accouchée placée avec précaution dans un autre lit, éprouva seulement quelques syncopes passagères. Une diète rigoureuse, des boissons délayantes et des fomentations émollientes sur l'abdomen, furent les seuls moyens employés, secondés d'un repos absolu. Les lochies continuant de s'écouler, devinrent ensuite le foyer d'une suppuration abondante accompagnée de fièvre continue, et d'un amaigrsssement qui augmentait chaque jour. Ces accidens persistèrent pendant six semaines, et disparurent ensuite avec la cessation de la suppuration. Aujourd'hui plus d'une année s'est écoulée depuis cette opération, et cette femme jouit d'une bonne santé; seulement elle est restée affectée d'incontinence d'urine. (*Extrait du Compte rendu des travaux de la Société des Sc. méd. de la Moselle.*)

Académie royale de Médecine. (Novembre.)

Séance du 2 novembre. — VACCINE. — L'Académie reçoit les ta-

bleaux des vaccinations pratiquées en 1829 dans les départemens des Vosges et d'Eure et Loir. Dans le premier de ces départemens, le nombre des naissances a été de 12,948, et celui des vaccinations de 5,794; 74 personnes encore ont eu la variole, et 31 ont succombé à cette maladie. Dans le département d'Eure et Loir, le nombre des naissances a été de 7,457, et celui des vaccinations de 3,004.

Bandages herniaires. — M. Hervey de Chégoin répond à une réclamation adressée à l'Académie par M. Wickam, bandagiste herniaire, touchant le rapport qu'il a fait sur les bandages de MM. Burat. (Voyez le tome XXII *des Archives*, page 567). M. Wickam reproche au rapporteur de l'Académie: 1.° d'ignorer ses moyens de fabrication; 2.° de considérer à tort comme une chose nouvelle l'obliquité de la pelotte des bandages de MM. Burat. Il assure qu'il varie le mécanisme de ses bandages selon le besoin, et que le mode d'articulation de la pelotte avec le ressort est dans ses bandages aussi bien conçu que dans ceux des frères Burat. M. Hervey de Chégoin répond qu'il a visité de nouveau et avec le plus grand soin les magasins de M. Wickam, et qu'il n'a vu dans aucun de ses bandages les deux améliorations qu'il a louées dans ceux de MM. Burat. Il répète que l'articulation à genou des baudages de M. Wickam lui paraît moins favorable que l'embase de MM. Burat, en ce que la pelotte doit être plus exposée à se déranger dans le premier mode que dans le second. Mais il reconnaît, comme il l'avait déjà fait dans le rapport contre lequel on réclame, que le mérite de l'invention appartient à M. Wickam, et que MM. Burat n'ont fait que l'améliorer en disposant le ressort et la pelotte de manière que celle-ci peut moins se déranger et exerce une pression plus régulière et plus constante dans le sens qui convient le mieux.

Tumeur fibreuse de l'utérus tombée d'elle-même. — *Observation de M. Willaume, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz. — Rapport de M. Hervey de Chégoin.* — Le sujet de cette observation est une créole âgée de 40 ans, d'une bonne constitution, et mère de sept enfans qu'elle a tous nourris. Il y a dix ans qu'elle ressentit, à gauche de la région hypogastrique, de la gêne et des douleurs plus ou moins vives qui persistèrent pendant quelques années. Alors les douleurs s'appaisèrent progressivement; mais il resta saillant à l'hypogastre une tumeur dure, rénitente, mobile, ayant même forme et même volume que l'utérus à quatre mois de grossesse, indolente, n'entraînant aucun trouble dans les menstrues, causant seulement de temps à autre de petites coliques suivies fréquemment de diarrhée. La malade, à la suite d'un voyage en voiture, éprouva de vives douleurs qui cédèrent à des saignées, à un traitement antiphlogistique, et tout-à-coup elle rendit par la vulve un corps mou, oblong, blan-

châtre, sur la nature duquel on fut incertain. Quelques mois après, le ventre redevint douloureux, les règles furent hémorrhagiques; il survint une diarrhée rebelle; la malade, dans un état de maigreur extrême, fut jugée dans un état désespéré; il s'écoulait par le vagin une sanie puriforme abondante mêlée quelquefois de lambeaux fibreux; rien ne paraissait à l'orifice utérin. Un soir, après quelques douleurs utérines, s'échappe du vagin un corps gros comme deux doigts réunis, blanchâtre, strié, couenneux, coriace, résistant, d'apparence fibreuse, et qui adhère encore à l'utérus. Le lendemain, la tumeur est expulsée spontanément avec beaucoup de sanie puriforme; elle a le volume du poing, est divisée en lobes, frangée. De ce moment, l'état de la malade s'améliore, et bientôt sa guérison est complète. M. Willaume pense que la tumeur a été détachée de l'utérus par une inflammation qui l'a fait tomber en gangrène, et que, devenue ainsi libre dans la cavité de l'utérus, cet organe l'a ensuite expulsée par ses contractions. M. Hervey de Chégoin regarde comme des choses fort rares: 1.° l'existence d'une tumeur fibreuse devenue libre dans la matrice; d'ordinaire la tumeur s'engage dans le col de l'utérus, qu'elle dilate successivement; elle s'amincit en ce lieu, et se sépare là comme par étranglement; 2.° la chute séparée d'une première portion de la tumeur, ce qui semblerait exiger que cette portion se fût engagée dans le col; et cependant il est dit que rien ne paraissait à l'orifice utérin; 3.° la promptitude avec laquelle le col s'est aggrandi pour donner passage dès le lendemain au reste de la tumeur; ordinairement, pour l'expulsion des polypes, les choses vont avec plus de lenteur. Il présume que la tumeur dont il s'agit ici était formée de deux substances différentes, une fibreuse et une charnue, lesquelles se sont séparées et ont tombé isolément. Du moins c'est ce qu'il a observé dans un cas qui lui est propre, et dont voici les détails. Une femme souffrait depuis sept ans sans que rien parût au col de la matrice; cependant le doigt y ayant pénétré sentit une tumeur qui ne paraissait nullement disposée à franchir l'orifice: vainement on fit à celui-ci une double incision pour permettre le placement d'une ligature sur la tumeur, on ne pût y parvenir. Au bout de six semaines, le col s'étant un peu élargi, on put appliquer un fil ciré sur la tumeur; de la fièvre, de la diarrhée, de la douleur au ventre, prouvaient qu'il y avait inflammation de la matrice et de ses annexes; le quatrième jour, la tumeur liée franchit le col; M. Hervey l'attira au dehors de la vulve avec le forceps, et en fit la section immédiatement au-dessus du fil; sa partie inférieure était fibreuse, et la supérieure charnue. M. Hervey ne croit pas qu'il soit jamais prudent d'aller chercher les polypes dans le fond de la matrice pour les lier; ce n'est pas que l'incision du col de la matrice soit

aussi dangereuse qu'on l'a dit, mais il y a autant de chances de succès à abandonner le mal à la nature.

M. Deneux objecte quelque chose à l'idée que le col de la matrice ne se dilate pas aussi rapidement pour l'expulsion des tumeurs fibreuses que pour l'accouchement; cela est vrai, en effet, si ce col n'est pas effacé; mais cela ne l'est plus dans le cas contraire; alors sa dilatation est fort rapide, comme on le voit en plusieurs exemples consignés dans l'ancien Journal de médecine, et particulièrement dans une observation de Vacossin. M. Deneux ajoute que la présence de ces tumeurs suffit pour produire des métrites, et qu'il n'est pas nécessaire qu'on les lie pour voir survenir ce grave accident.

Tumeur érectile a la tempe; — *Observation de M. Willaume; Rapport de M. Hervey de Chegoin.* — Un sergent de 24 ans avait une tumeur érectile du volume du poingt, située sous la peau dans la fosse temporale gauche, bosselée, molle, non-pulsatile, et qui offrait dans son milieu un ou plusieurs noyaux plus consistans. M. Villaume opposa à ce mal la ligature de l'artère carotide primitive. Le 21e jour le malade est guéri de cette opération, mais la tumeur n'a pas notablement diminué; ce n'est qu'au bout de 5 mois qu'on voit qu'évidemment elle a moins de volume, et qu'ont disparu les noyaux durs qu'elle avait dans son milieu. M. Villaume doute donc que la ligature de l'artère carotide primitive ait eu ici une heureuse influence, et il se demande s'il eût mieux réussi par la ligature de l'artère carotide externe. M. Hervey de Chegoin rappelle que les chirurgiens sont encore divisés sur les avantages de la ligature des troncs artériels pour la guérison des tumeurs *variqueuses*, *fongueuses*, *érectiles*, *etc.* MM. Travers et Dalrymple ont lié avec succès pour une tumeur fongueuse de l'orbite l'artère carotide primitive. Il en est de même de M. Roux, qui a aussi guéri une tumeur érectile fongueuse de la joue et de la lèvre supérieure par la ligature des artères labiales, sous-orbitaire et coronaire. Enfin M. Lallemand de Montpellier a de même lié avec succès l'artère crurale pour une tumeur à la jambe. Au contraire, M. Pelletan n'a rien obtenu de la ligature de la carotide pour une dilatation de l'artère temporale. M. Dupuytren a vainement lié la carotide primitive pour une tumeur de la conque. M. Mussey de Darmouth n'a pu faire flétrir une tumeur fongueuse de la fosse temporale par la ligature des deux troncs carotidiens. Enfin M. Lawrence a lié sans succès, pour une tumeur qui existait au doigt annulaire, les artères radiale et cubitale, et il a guéri la maladie par la section circulaire de toutes les parties molles du doigt jusqu'à la gaîne des tendons. Ainsi, toujours la ligature de la carotide primitive a réussi pour les tumeurs fongueuses de l'orbite, et au contraire elle a toujours échoué pour celles de la tempe. Pourquoi cette différence?

Est-ce parce que dans le second cas il reste des anastomoses capillaires propres à entretenir la maladie? M. Hervey de Chegoin n'ose le garantir. Il remarque qu'aux membres, les tumeurs fongueuses se sont montrées sur tous les points, et presque constamment s'y sont développées accidentellement, tandis qu'à la tête et au tronc elles sont le plus ordinairement congéniales. Aux membres, l'incision de ces tumeurs, leur ablation même, a toujours été inutile; toujours la maladie a repullulé; et l'amputation elle-même, pratiquée à une distance assez éloignée du mal, dans les parties saines, n'a réussi qu'autant que la tumeur était fongueuse et non cancéreuse, et n'avait pas eu son siége primitif dans les os. Selon M. Hervey de Chegoin, on a confondu deux maladies bien différentes, *les vraies tumeurs fongueuses*, et le *fongus hématodes* : celui-ci, selon lui, est un véritable cancer joint à un mal général de l'économie; et tandis que dans la tumeur fongueuse sanguine, il y a seulement extension du tissu naturel avec infiltration de sang dans les mailles de ce tissu, dans le fongus hématodes il y a formation d'un tissu nouveau, accidentel. On conçoit dès lors que ce dernier doit être bien plus sujet à récidiver que les tumeurs sanguines proprement dites; en effet, si on juge, d'après les descriptions qu'en ont données les auteurs, de quelle nature étaient les tumeurs opérées qui ont ou n'ont pas récidivé, on voit que les premières étaient des fongus hématodes, et les autres de simples tumeurs sanguines. M. Hervey cite ici en preuve des faits de tumeurs sanguines guéries par MM. Pelletan, Boyer, William, Fleury, Hodgson, et des fongus hématodes vainement opérés par Wardrop, Lawrence, etc. dans ces derniers, la tumeur contenait toujours de la matière cérébriforme. Quant aux tumeurs fongueuses de la face et du crâne, M. Hervey de Chégoin approuve la distinction qu'en a faite Wardrop en *nævus subcutaneus* et *nævus cuticularis*. Les premiers seuls peuvent prendre de l'accroissement; jamais des taches de la peau ne sont devenues des tumeurs fongueuses. Les *nævi subcutanei*, qui seuls peuvent éprouver cette dégénérescence, sont d'un rose plus léger, plus transparens, ont moins de relief, n'offrent jamais de productions pileuses à leur surface, et présentent sous le doigt une mollesse élastique toute particulière. S'ils sont petits, circonscrits, on en fait avec succès l'ablation. S'ils sont volumineux, ou au moins diffus, il y a plus de danger, surtout chez les enfans, à cause de la difficulté d'arrêter le sang. Scarpa, dans un mémoire récent, a proposé préférablement à leur ablation et à la ligature des troncs artériels qui les alimentent, de traverser leur base par un fil double, et de les étreindre en deux parties; et White, Lawrence ont eu des succès par ce procédé. M. Hervey de Chégoin le recommande de préférence à la cautérisation, qui selon lui doit être rejettée entièrement, et à

la compression, qui ne convient que pour des cas simples et qui probablement guériraient seuls.

Blessés des 27, 28 et 29 juillet, reçus a l'hopital de la Charité. — M. Roux, professeur de clinique à la Faculté, et chirurgien de l'hospice de la Charité, commence la lecture d'un mémoire sur les blessés que les événemens de juillet ont amenés à l'hospice de la Charité. Sans doute ce nombre est bien au-dessous de celui que sont appelés à soigner les chirurgiens d'armée après de grandes batailles; cependant il est assez grand pour fournir quelques considérations utiles. A Paris, d'ailleurs, les blessés se sont trouvés dans des conditions un peu différentes; les secours de l'art ont pu leur être donnés bien plus tôt; ils n'ont pas eu à supporter de longs transports; on n'a pas eu à faire autant d'amputations, et en beaucoup de cas on a dû tenter la conservation des membres.

167 Blessés, dit M. Roux, ont été admis à la Charité par suite des événemens de juillet, dont quelques femmes blessées par accident, et un tiers de militaires français ou étrangers. Ceux-ci furent bientôt évacués sur le Val-de-Grâce, sauf ceux qui étaient trop malades pour être transportés. Presque tous avaient des plaies d'armes à feu, et la plupart fort graves, parce que les coups avaient été tirés presque à bout portant. Par suite de cette même circonstance, les projectiles étaient rarement restés dans les plaies; celles-ci avaient à la fois une sortie et une entrée, et il y en avait très-peu qui continssent des portions de vêtemens. Heureusement que le canon chargé à mitraille, le fusil et le pistolet avaient été les seules armes employées; de sorte qu'on n'a pas vu ces désordres épouvantables observés si souvent dans les armées à la suite des éclats de bombe et d'obus. Sur ce nombre de 167 blessés, 20 sont morts dans le 1.er jour, souvent dans la 1.re heure de leur entrée à l'hôpital; porteurs de blessures nécessairement et prochainement mortelles, ils doivent réellement être mis hors de compte. Sur les 147 restans, 20 encore ont succombé, la plupart dans le mois d'août, les autres en septembre.

M. Roux détaille celles des blessures qui lui paraissent dignes d'être notées selon qu'elles siègent à la tête, au col, à la poitrine, à l'abdomen et aux membres.

Parmi celles de la tête, il signale; 1.° un cas dans lequel la balle ayant frappé le côté gauche de la région frontale avait perforé les deux parois du sinus frontal; bientôt une petite portion du cerveau forma tumeur par la plaie, mais sans trouble dans la pensée, et la guérison eut lieu de même, seulement un peu plus tard; 2.° un cas dans lequel un biscayen avait fait une grande plaie en dehors de l'orbite et à la région temporale droite; l'œil avait été détruit; de grosses et nombreuses esquilles furent extraites, ou se détachèrent con-

sécutivement et le malade guérit; 3.° un cas dans lequel la balle frappa le côté gauche du nez, traversa obliquement les deux narines, probablement ensuite la base du cerveau et s'arrêta dans l'apophyse mastoïde; un abcès se forma à la région mastoïdienne; on l'ouvrit, ce qui permit d'extraire la balle, et la guérison se fit promptement; mais elle fut suivie d'une légère surdité et d'une paralysie incomplète des muscles du côté droit de la face; 4.° enfin, un cas dans lequel la balle entra dans la bouche, passa sous la langue et vint s'arrêter derrière l'angle droit de la mâchoire inférieure. On put en faire l'extraction; mais au bout de douze jours survint une hémorrhagie consécutive, qui récidiva plusieurs jours de suite malgré les secours les plus méthodiques, et qui ne céda qu'à la ligature de l'artère carotide primitive.

Il détaille deux plaies du col, avec lésion de la trachée artère. Dans l'une, la balle avait frappé directement la partie antérieure du col, avait ouvert la trachée artère, et s'était perdue dans les parties circonvoisines; le blessé avait été pris soudain d'une difficulté extrême de respirer; il était suffoquant, à demi asphixié: M. Roux découvrit la trachée artère dans une grande étendue, et prolongea haut et bas l'ouverture qu'y avait fait la balle: le danger cessa aussitôt. Dans l'autre, la balle avait transpercé le sommet du thorax de gauche à droite, et s'était arrêtée sous la peau vers la partie moyenne de la clavicule droite. Il s'était formé un emphysème considérable qui occupait toute la tête, le col, la poitrine et jusqu'à l'abdomen. M. Roux fit une grande et profonde incision longitudinale, depuis la partie moyenne du col jusqu'au sternum, et une autre incision au-dessous de la clavicule pour extraire la balle: l'emphysème se dissipa considérablement; mais envain la trachée artère fut mise à nu dans toute sa portion sus-sternale, il ne put découvrir la lésion qu'il y soupçonnait; le malade étant mort le vingtième jour de sa blessure, l'ouverture de son corps fit voir que c'était, non la trachée, mais le sommet du poumon droit qui avait été atteint par la balle; il baignait au milieu d'une quantité considérable de pus.

Les blessures de la poitrine ont confirmé à M. Roux ce qui a déjà été dit, qu'à cette région du corps les balles qui frappent obliquement se dévient, glissent le long des côtes sans pénétrer dans l'intérieur de la cavité, ni blesser les organes qui y sont contenus. Dans un cas, le poumon droit avait été transpercé d'avant en arrière dans le milieu de sa hauteur, et la même balle avait auparavant percé d'outre en outre la main gauche entre deux os métacarpiens, et l'avant-bras droit dans l'espace inter-osseux. Malgré cette triple blessure, le malade a guéri. Une issue aussi heureuse peut tenir, en ce qui concerne la plaie de poitrine, à ce que le long canal que formait

cette plaie était revêtu d'une escarre qui s'est opposée et à l'issue du sang, et à l'action de l'air extérieur sur la plèvre, et à l'épanchement de sang ou de pus dans la cavité de cette membrane.

La même cause diminue aussi le danger des blessures par armes à feu de l'abdomen : souvent aussi des balles ont impunément blessé quelques-uns des viscères renfermés dans cette cavité. Cependant c'est à des blessures de ce genre qu'ont succombé la plupart des blessés qui sont morts à la Charité. Dans un cas où la balle avait traversé obliquement d'avant en arrière l'abdomen, étant entrée par le milieu de l'épigastre et sortie par l'hypochondre droit, il se fit un écoulement de mucus visqueux, filant, et qui évidemment venait de l'estomac; cet écoulement, abondant pendant trois jours, bientôt se tarit, et le malade guérit. Dans un autre cas, ce fut un écoulement de matières stercorales qui se fit par la plaie, et qui donna lieu de soupçonner que le colon transverse ou descendant avait été lésé; et de même bientôt la plaie cessa d'être fistuleuse et guérit.

Enfin M. Roux termine sa lecture par trois cas de blessures au bassin, remettant à une autre séance l'exposition des blessures qui intéressaient les membres. 1.° Dans un cas, le sacrum avait été traversé d'un côté à l'autre par une balle, et les nerfs qui terminent la moelle épinière avaient été divisés; soudain paralysie de la vessie, du rectum, et mort après huit ou dix jours par une inflammation qui avait envahi toute l'arachnoïde vertébrale et toute la moelle épinière. 2.° Une balle de pistolet vient frapper la hanche droite immédiatement derrière le grand trochanter, pénètre le bassin, transperce le rectum d'un côté à l'autre, et se perd dans la partie gauche de l'excavation du bassin : aussitôt hémorrhagie considérable, non par la plaie extérieure, mais par l'anus : on l'arrête en tamponnant le rectum, et pendant trois semaines l'absence de tous accidens fait espérer la guérison du blessé, malgré la gravité de sa blessure : mais alors le malade éprouve tous les symptômes de la résorption de la matière purulente; il meurt, et on trouve plusieurs foyers purulens dans le foie. 3.° Une balle atteint le scrotum sans toucher à la verge; elle divise les enveloppes communes des deux testicules, depuis le dessous de la verge jusqu'au périnée, et les deux testicules pendent en dehors jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. M. Roux remonte les testicules dans le scrotum, et les y maintient en plaçant quelques points de suture sur la plaie de celui-ci : le succès fut complet et même prompt, car la réunion immédiate se fit en partie. M. Roux remarque qu'on peut tenter cette réunion, même dans les plaies d'armes à feu, lorsque l'escarrhe n'existe pas sur toutes les parties de la plaie, et que celle-ci en quelques points a été faite par déchirure : c'est ce qui arrive souvent au visage. D'ailleurs on peut cule-

ver les parties désorganisées et rafraîchir la plaie de manière à la mettre dans les conditions favorables à la réunion. On évite ainsi des difformités effroyables. M. Roux termine en citant un cas dans lequel il a agi ainsi avec succès : un homme s'était tiré un coup de pistolet dans la bouche ; il était horriblement défiguré par quatre plaies divergentes qui partaient des deux commissures des lèvres, M. Roux les réunit par plusieurs points de suture après en avoir égalisé les bords, et obtint une réunion parfaite.

Séance du 9 novembre. — Acide hydrocianique médicinal et cyanure de potassium. — M. Tilloy, pharmacien à Dijon, écrit pour proposer un mode de préparation de l'acide hydrocyanique, propre à prévenir l'altération de cet acide. On sait que cet acide conservé se décompose promptement, même à l'abri de la lumière, qu'il se forme de l'ammoniaque, et que du charbon est mis à nu. On sait qu'à cause de cet inconvénient on a proposé de remplacer cet acide par le cyanure de potasse. Mais ce sel, 1.° se trouve dans le commerce, ou noir, et tel que le donne la calcination de l'hydrocyanate ferruré de potasse ; ou blanc, c'est-à-dire, séparé du carbure de fer qui résulte de sa préparation. 2.° Il s'altère vite aussi, et par exemple, l'humidité de l'air le décompose en partie. Voici comme M. Tilloy propose de préparer l'acide hydrocyanique médicinal : ♃ cyanure de mercure, 1 once ; eau distillée, 4 onces ; alcohol à 36° (Baumé), 4 onces : faites dissoudre par la chaleur le cyanure dans l'eau, ajoutez ensuite l'alcohol ; faites-y passer un très-léger excès d'acide hydro-sulfurique ; projettez du sous-carbonate de plomb ; agitez plusieurs fois et distillez au bain-marie pour en rejeter tout l'alcohol saturé d'acide hydrocyanique : ce médicament n'étant administré que par gouttes, l'alcohol n'est pas senti et ne peut nuire. M. Tilloy rappelle que le procédé de préparation du cyanure de potassium consiste à calciner le ferro-hydrocyanate de potasse, à dissoudre ensuite le résidu de la calcination en eau distillée, à filtrer et à évaporer à siccité. Il blâme ce procédé, en ce que le cyanure de potassium en contact avec l'eau se décompose ; il se fait de l'hydrocyanate de potasse, et en chauffant l'acide hydrocyanique se dégage, et il reste de la potasse. Il propose le mode de préparation suivant : calciner l'hydrocyanate ferruré de potasse, séparer par l'alcohol absolu le cyanure de potassium du quadri-carbure de fer qui s'est fait en même temps, et distiller l'alcohol ; il restera le cyanure de potassium très-pur et très-blanc. — L'Académie renvoie cette lettre à une commission.

(La suite au prochain Numéro.)

Académie royale des Sciences.

Séance du 25 octobre. — **Electricité animale.** — M. le docteur Person lit un mémoire sur *l'électricité animale et sur un nouvel instrument destiné à faire reconnaître les courants électriques instantanés.* Parmi les conclusions auxquelles l'auteur a été conduit par les résultats de ses recherches, les suivantes sont les plus dignes d'attention : 1.° il n'est pas essentiel qu'un courant électrique parcoure un nerf pour produire les contractions musculaires; la secousse a lieu quelque petite que soit l'étendue dans laquelle le nerf est traversé; 2.° l'existence des courants électriques dans les nerfs, pendant la vie, est une supposition gratuite et que dément l'expérience; 3.° le seul cas bien avéré d'électricité animale est contraire à cette hypothèse; 4.° la commotion donnée par les poissons dits électriques est réellement due à l'électricité; 5.° le nouveau galvanoscope explique les expériences de MM. de Humboldt et Gay-Lussac; pourquoi, par exemple, on reçoit une commotion en portant la torpille sur la main nue, tandis qu'on n'en reçoit plus si l'on porte l'animal sur un plateau métallique; et pourquoi Davy n'a vu aucune déviation dans le galvanomètre de Schweiger, quoiqu'il reçût à travers cet instrument des commotions ressenties jusqu'à l'épaule.

Séance du 2 novembre. — **Choléra-morbus épidémique.** — M. Arago donne l'analyse d'une lettre adressée à M. Larrey par M. Gamba, consul de France à Tiflis, au sujet de l'apparition et de la marche du *choléra-morbus* épidémique qui règne actuellement dans l'Asie mineure. Voici les détails que transmet M. Gamba sur cette terrible affection :

« Cette maladie s'est montrée, pendant l'automne de 1829, à Téhéran et à Casbin, sur les frontières de la Perse. L'hiver suivant, qui paraît avoir été également rigoureux dans toutes les contrées voisines de l'Europe, l'avait dissipée, et l'on croyait être entièrement débarrassé de ce fléau, lorsqu'au commencement du printemps de 1830, il s'est déclaré de nouveau dans les villes de Tauris et de Ghilan, d'où côtoyant la rive occidentale de la mer Caspienne, il s'est montré à Lankeram, Soliam, Bakou, Dezbeu et Astracan, où il s'était momentanément arrêté. De là, il s'est ensuite propagé le long du Kour jusqu'à Tiflis, où il s'est montré pour la première fois le 8 août dernier. Les premiers individus qui en furent frappés étaient trois soldats de la garnison, que l'on transporta aussitôt à l'hôpital militaire, situé sur la rive gauche du fleuve (le Kour), à trois werstes de la ville; ils y moururent en quelques heures. La maladie fit bien-

tôt de rapides progrès; l'alarme ne tarda pas à se répandre dans la ville, et fut singulièrement augmentée par les processions que le clergé fit faire. La terreur s'empara aussitôt de la multitude qui prit la fuite ou se cacha dans les maisons les plus isolées; les bazars, les caravansérails et tous les autres lieux publics furent fermés, et la population, qui était de 30,000 âmes, fut réduite tout-à-coup à environ 8,000, y compris 2,000 soldats. A la pauvreté de ces habitans, qui les forçait à se nourrir de mauvais alimens, se joignaient l'inconvénient de la situation topographique de la ville qui est assise entre le fleuve et deux chaînes de montagnes tres-resserrées, et surtout une chaleur de + 27 à 29 degrés du thermomètre de Réaumur, à l'ombre. »

Suivant M. Gamba, c'est principalement au manque absolu de médecins qu'il faut attribuer la propagation de cette maladie; sur neuf qui existaient dans la ville au moment de l'invasion de l'épidémie, quatre moururent dès les premiers jours. Le *cholera-morbus*, pendant la période de son troisième degré, auquel il était parvenu, donnait la mort en moins de sept à huit heures, et l'inhumation avait lieu immédiatement sans examen préalable des cadavres, et sans même faire de déclarations de décès; des hommes de peine, quatre par quatre, et munis de braucards, enlevaient les corps de ceux qui succombaient, les enveloppaient dans leurs manteaux, et les mettaient ainsi en terre. Celui qui était frappé de la maladie perdait connaissance; bientôt les vomissemens et les déjections alvines survenaient; le malade éprouvait des coliques violentes et des crampes, puis il était saisi d'un froid glacial dans les membres, et peu d'heures après il avait cessé de vivre. On a essayé, sans aucune espèce de succès, contre cette redoutable affection, les saignées, le calomélas, le laudanum et les préparations éthérées. On a calculé que, du 8 août au 8 septembre, 5,000 individus, y compris 1,000 soldats, ont péri dans la ville de Tiflis et les campagnes voisines. Des lettres de Tauris portent également à 5,000 le nombre des sujets qui y sont morts de la même maladie; la peste s'y est montrée en même temps, mais, repoussée par le climat de la Perse, elle n'a fait encore que peu de victimes : sur 30 français qui séjournaient dans la contrée, 4 sont morts. M. Gamba promet d'envoyer incessamment un rapport circonstancié du docteur Madereille sur les deux épidémies qui se sont déclarées simultanément à Tauris. Du reste, le meilleur et le plus sûr moyen pour éviter le mal, est l'isolement et le séjour dans les montagnes; aussi les habitans de Tiflis s'empressent-ils de s'y retirer, abandonnant tous ceux auxquels ils sont attachés par les liens du sang ou de l'amitié avec une indifférence et un égoïsme que l'on ne trouve que dans l'Orient.

La marche que paraît prendre le *choléra-morbus* vers l'Europe doit naturellement déterminer les médecins français à s'en occuper; aussi M. Larrey a-t-il fait remarquer que, dans les intérêts de la science et de notre patrie, il serait à désirer qu'on envoyât une commission de médecins instruits pour étudier cette redoutable maladie dans les lieux où elle sévit.

Alcalis végétaux. — M. Sérullas, dans un mémoire qu'il lit sur les *chlorures d'iode*, annonce que l'acide iodique est un des réactifs les plus sensibles pour déceler la présence des alcalis végétaux auxquels il s'unit pour produire des combinaisons acides peu solubles. La centième partie d'un grain peut être reconnue par ce moyen; les combinaisons desséchées détonnent fortement lorsqu'elles sont chauffées jusqu'à 120 degrés.

Électricité animale. — M. le docteur Person, qui a lu, dans la séance précédente, un mémoire sur *l'électricité animale*, envoie à l'académie une note additionnelle à ce travail. Il avait cherché à prouver que l'hypothèse des courans électriques dans les nerfs ne s'accorde pas avec l'expérience, et il avait appuyé cette opinion sur ce que les métaux sont meilleurs conducteurs que les nerfs, toutefois sans démontrer ce fait qu'il croyait généralement connu. Ayant appris qu'on le contestait, il s'est cru obligé d'en fournir des preuves, et, à cet effet, il cite plusieurs expériences dont la première paraît atteindre parfaitement le but qu'il s'est proposé.

Si on prépare une grenouille comme pour l'expérience de Volta, en isolant complètement le plexus lombaire et une partie des nerfs sciatiques laissés unis par la colonne vertébrale, et qu'on place une plaque de zinc sur une jambe, il y aura production d'électricité par l'action chimique des chairs humides sur le métal; celui-ci sera électrisé résineusement, tandis que les muscles prendront l'electricité vitrée. Si l'on fait communiquer l'autre jambe avec le zinc, au moyen d'un métal peu oxydable, comme le cuivre, le circuit sera formé, et il y aura un courant de bas en haut et de haut en bas: ce courant passera nécessairement par les nerfs. Or, si l'on met ceux-ci en contact avec les fils de platine du galvanomètre, on verra l'aiguille se dévier conformément au sens du courant. L'électricité quitte donc les nerfs pour les métaux, ce qui dans le cas actuel, permet de conclure que les métaux sont meilleurs conducteurs. Il est cependant à noter que le fil métallique offre à l'électricité un trajet cinq ou six mille fois plus long. D'autres expériences amènent également M. le docteur Person à conclure: 1.° que les nerfs ne conduisent pas mieux que les muscles, et que leur conductibilité ne change pas quand on les désorganise mécaniquement; 2.° que le névrilemme est incapable d'isoler les courans les plus faibles qu'on puisse observer dans les

expériences galvaniques, de sorte qu'un courant engagé dans un nerf, au lieu d'en suivre les ramifications, passe dans les muscles dès que ceux-ci lui offrent un chemin plus court.

VARIÉTÉS.

Concours pour les chaires de physiologie, de pathologie chirurgicale et de physique médicale, à la Faculté de Médecine de Paris.

Ces trois concours s'ouvriront le premier lundi de février 1831, et se feront simultanément. Le règlement du concours, notifié par M. le ministre de l'instruction publique, est, à peu de chose près, tel que la Faculté l'avait demandé. L'ordre et le genre d'épreuves sont les suivans: 1.° Dissertation imprimée sur les généralités de la science et le plan du cours. 2.° Composition écrite en francais sur une question tirée au sort, la même pour tous, et que les candidats liront publiquement. 3.° Leçon d'une heure avec 24 heures de préparation; 4.° leçon d'une heure avec 3 heures de préparation; 5.° appréciation des titres antérieurs.

Les nominations seront proclamées immédiatement après la dernière séance. Les jury seront spéciaux et composés de douze juges et trois suppléans. Huit juges et deux suppléans seront pris dans la Faculté, quatre juges et un suppléant étrangers à la Faculté seront nommés par l'Académie de Médecine. Dans les concours qui rouleront sur des sciences accessoires, telles que la physique, la chimie etc., les juges étrangers à la Faculté seront nommés en nombre égal et par l'Académie des Sciences et par l'Académie de Médecine.

BIBLIOGRAPHIE.

Physiologie médicale, didactique et critique; par P. N. Gerdy, *chirurgien en chef-adjoint de l'hôpital Saint-Louis, professeur d'anatomie, de physiologie, etc.; agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc.* Préface, Aperçu rapide de la physiologie médicale. *Paris*, 1830, *in-8.° broch. de 72 pages. Chez Roret.*

Près de publier par parties un ouvrage de haute importance et de longue haleine (4 vol. in-8.°), M. Gerdy a cru devoir faire connaître

le plan de son travail et les principaux résultats des recherches et des observations qus lui servent de base. C'est un prospectus détaillé de son œuvre, où, avec une noble confiance, et dépouillant les dehors d'une fausse modestie, il expose les titres qu'il croit avoir à traiter l'histoire physiologique de l'homme, et où il montre l'esprit qui l'a dirigé dans ce vaste projet. Cette préface, écrite d'un style ferme et rapide, préviendra certainement en faveur de l'auteur; elle annonce un homme capable de mesurer toute la portée de son entreprise et d'en remplir les conditions. Le caractère dominant que M. Gerdy s'est proposé de donner à sa *Physiologie médicale*, c'est d'employer principalement l'observation simple et le raisonnement éclairé par l'anatomie, pour arriver à la démonstration des vérités dont se compose la physiologie. Sans nier tout-à-fait les heureux résultats fournis par les expériences sur les animaux, il pense qu'on en a singulièrement exagéré les avantages, et qu'on en méconnait presque les inconvéniens. « Depuis la fin du dernier siècle, dit-il, la physiologie emploie exclusivement le même moyen de recherches...: elle paraît n'en plus connaître d'autre que l'expérimentation. — Notre physiologie ne sera point exclusive... Comme nous avons plus d'une voie pour arriver à la vérité, elle les explorera toutes sans exception. » Ces phrases de sa préface, que M. Gerdy a prises pour épigraphe, indiquent l'esprit qui l'animera; et nous y applaudissons volontiers, en considérant avec lui les erreurs et les contradictions dans lesquelles la science a été jetée par suite de cette prédilection exclusive pour les expériences, pourvu toutefois que l'hostilité qu'il ne dissimule pas contre l'expérimentation, et qui ne nous déplaît pas, soit contenue dans de justes bornes; c'est ce que nous pourrons juger seulement lorsque son ouvrage entier nous sera connu.

Après quelques considérations préliminaires sur la philosophie générale de la science, sur les différens corps de la nature, sur l'homme, sur son organisation et sur ses fonctions, M. Gerdy décrira successivement toutes les fonctions de relation, de nutrition, de *resistance* et de reproduction. Voici les élémens dont se composera l'histoire de chaque fonction : 1.° indication de ses phénomènes; 2.° leurs caractères essentiels; 3.° les conditions de leur développement et de leur manifestation; 4.° leurs causes; 5.° leurs effets et leur influence; 6.° leurs usages et leur importance pour la vie, démontrée par des observations de maladies et par des expériences; 7.° harmonie qui existe entre l'organisation et les phénomènes dont elle est le théâtre; 8.° conséquences qui naissent des phénomènes; 9.° différences qu'ils présentent aux divers âges, chez les différens sexes, dans les divers tempéramens, chez les différens peuples, chez l'homme sain, chez l'homme malade et dans les divers animaux;

10.° historique dans lequel seront appréciés ou mentionnés au moins les principaux travaux faits sur cette fonction. — A l'occasion des différens caractères qu'une fonction peut présenter chez l'homme sain, l'auteur se propose d'indiquer quelles sont les principales anomalies possibles dans les organes et dans leurs fonctions, sans que la santé en soit troublée, ainsi que les principales différences que présentent les phénomènes de la vie dans les maladies. « Par tout cela, notre ouvrage, dit M. Gerdy, ne s'appliquera pas moins à l'hygiène qu'à la thérapeutique, et justifiera le titre de *Physiologie médicale* que nous lui donnons. »

L'auteur expose ensuite avec détail, dans le reste de sa préface, quelques-uns des résultats nouveaux auxquels il est arrivé par les différens moyens d'étude qu'il a mis en usage, et il la termine par ces mots: « Si le lecteur a été un peu attentif à tout ce que j'ai dit; si, d'ailleurs, il connaît bien les ouvrages que nous possédons aujourd'hui sur la Physiologie, il a dû remarquer que l'observation et le raisonnement nous suffiront pour résoudre bien des difficultés; qu'à l'aide de ces deux moyens d'étude, nous rectifierons une foule d'erreurs sur la locomotion; que nous ajouterons un certain nombre de faits à la théorie de la voix, et referons complètement l'histoire de la prononciation; que nous agrandirons celle des sensations, et particulièrement celle de la vision; qu'en envisageant l'entendement sous toutes ses faces, nous saisirons mieux l'ensemble de ses phénomènes et des propriétés d'où ils découlent; nous présenterons surtout un tableau plus exact des émotions de l'âme et des caractères moraux, nous tracerons une histoire plus positive du développement de l'intelligence aux différens âges de l'homme, et dans la suite des siècles aux différens âges du genre humain, nous pourrons enfin expliquer l'entendement des animaux, presqu'inexplicable jusqu'à ce jour.

On aura dû observer encore que nous pourrons analyser la plupart des phénomènes mécaniques de la digestion, de la respiration et des résistances mécaniques; la plupart des phénomènes hydrauliques de la circulation, que jusqu'à présent les physiologistes n'ont guère analysés: et qu'enfin l'observation, et surtout le raisonnement, nous suffiront encore pour nous défendre du prestige des expériences que l'on a faites dans ces derniers temps sur l'absorption, l'exhalation, les sécrétions, et la nutrition. Si le lecteur veut bien remarquer que presque tous les faits nouveaux indiqués dans cet aperçu de notre ouvrage sont exclusivement dus à l'observation et au raisonnement, il conviendra sans doute que ces deux moyens d'étude et de recherche ne sont ni aussi impuissans, ni aussi trompeurs que quelques physiologistes de nos jours l'ont imaginé. »

Tel est le vaste plan que M. Gerdy annonce devoir suivre dans la

composition de sa *Physiologie médicale*, et que nous nous sommes plu à faire connaître, attendant pour en apprécier la valeur, que nous en ayons vu l'exécution ; telles sont les promesses qu'il ne craint pas de faire, et que justifient en partie les détails dans lesquels il est entré dans sa préface sur plusieurs points de l'histoire des diverses fonctions. Ajoutons quelles espérances la publication de cette préface et les antécédens de M. Gerdy nous permettent de fonder sur l'ouvrage qu'il doit mettre au jour. Auteur de divers mémoires et ouvrages qui annoncent des connaissances étendues et positives, et un esprit d'indépendance et d'investigation incapable de ployer devant les décisions d'aucune autorité, quelqu'imposante qu'elle soit ; doué d'une facilité et d'une tendance extrême à considérer l'ensemble d'une science et à en étendre les limites, mais enclin à se faire illusion sur les avantages des classifications et du rapprochement d'un grand nombre d'objets, M. Gerdy est arrivé à des résultats intéressans et neufs sur divers points d'anatomie et de physiologie, à des vues profondes sur la science, mais quelquefois aussi à des opinions singulières et bizarres. Avec un talent de cette trempe dont les qualités l'emportent de beaucoup sur les défauts, nous devons espérer un ouvrage remarquable et fait pour imprimer à la physiologie une impulsion et une tournure particulière. Un pareil ouvrage pourra contenir des erreurs, mais à coup sûr il ne sera point une œuvre médiocre.

Lois de l'organisme vivant, ou application des lois physico-chimiques à la physiologie; précédées de recherches sur les causes physiques des phénomènes d'attraction et de répulsion, considérées dans les molécules et dans les masses de la matière; par le docteur A. Fourcault. *Paris*, 1829. 2 *vol. in*-8.°

Les hommes qui se livrent à l'étude de la nature se sont de tous temps partagés en deux classes : les sceptiques et les dogmatistes. Ces derniers, égarés par l'ardeur de leur imagination, et partis de ce principe si commode pour eux que leurs *idées* sont les plus positives de toutes les réalités, prétendent *expliquer* le système de toutes choses et jusqu'à leur existence même. Les autres, éclairés par les erreurs et les contradictions sans nombre de leurs rivaux, ayant mesuré la portée de l'esprit humain, se bornent à s'observer eux-mêmes, à observer les êtres qui les environnent, à juger de tout par comparaison, à saisir dans les phénomènes les analogies fondamentales qu'ils présentent pour en faire la base de quelques procédés d'induction, dont la première règle est de s'arrêter aussitôt que les principes auxquels ils ont pu s'élever ont atteint le point qu'ils ne pour-

raient dépasser sans contredire en quelque chose les faits d'où ils sont déduits.

Quoiqu'il soit difficile au milieu de la diversité infinie des systèmes des dogmatistes, de saisir quelques caractères communs qui les rapprochent et les distinguent, on peut cependant les ramener à deux classes, les idéalistes et spiritualistes, et les matérialistes explicateurs. Il n'existe suivant ceux-là de certitude absolue que celle de nos idées et de nos conceptions : ainsi, pour prendre un exemple du volume que je tiens dans ma main, l'idée que j'ai de son étendue et de sa forme, la force que je conçois exister en lui, puisqu'il pèse et tend à s'échapper de mes doigts, cette étendue déterminée et cette force de pesanteur sont des réalités qu'on ne peut mettre en doute; mais d'affirmer que ce livre existe, qu'il y a là une masse de papier, que c'est de la matière, c'est ce qu'un idéaliste n'aurait garde de faire, ce ne serait pas la peine d'être philosophe. Il y en eut de ceux-là dans l'antiquité; on en compta peut être jusqu'à deux dans le dernier siècle; on prétend même qu'il en existe encore aujourd'hui; quoi qu'il en soit, ce n'est pas avec eux, et pour cause, que nous parlerons de physiologie, que nous discuterons sur les lois de l'organisme vivant.

Les spiritualistes sont d'un degré moins éloignés de l'espèce commune des hommes. Ils veulent bien reconnaître, du moins l'assurent-ils, qu'il existe des corps, de la matière. A la vérité, la matière, comme ils l'entendent, est quelque chose de fort différent de ce que nous voulons exprimer par ce mot; les corps tels que les admet leur système sont dépouillés de presque toutes les qualités de ceux qu'on peut voir et toucher; cette matière, ces corps, sont morts, inertes, passifs; ils ne font aucun mouvement, n'exercent aucune action, ne présentent nul phénomène. Ce qui leur donne le privilége de nous tromper sans cesse en offrant toutes ces choses à notre observation, ce sont certains corpuscules particuliers, non certaines substances, non encore, ce mot est contradictoire, certains esprits, d'espèces très-diverses, que les spiritualistes connaissent sans doute très-particulièrement, mais dont je ne pourrais citer les noms que du plus petit nombre. Tels sont l'esprit d'affinité que fait agir l'aimant sur le fer, l'oxygène sur le soufre, l'ame végétative des plantes, le principe vital, la nature médicatrice et l'ame intellectuelle des animaux, l'éther qui attire les astres les uns vers les autres, l'âme du monde, et tant d'autres âmes sans lesquelles la matière ne serait, comme le disent les spiritualistes, rien que de l'étendue impénétrable. Le principal argument sur lequel ces Messieurs fondent leur doctrine, c'est qu'ils ne conçoivent pas que la matière puisse agir; qu'ils ne sauraient comprendre ni comment, ni pourquoi, l'aimant attire le fer, les plantes végètent, les animaux pen-

sent, etc.; d'où la conclusion toute simple (puisque la limite de leur entendement est celle du réel et du possible), que cela ne saurait être sans l'intervention des êtres spirituels en qui ils conçoivent toutes ces facultés. Cette méthode est des plus commodes; la physiologie n'a point de difficultés pour lesquelles elle n'ait des explications toutes prêtes. Les docteurs du moyen âge avaient bien compris toute sa valeur. Grâce à elle, ils pouvaient sans embarras discourir sur tout sans avoir rien appris. Par malheur, les habitudes du moyen âge sont passées de mode, et les savans hommes qui voulaient nous y ramener, les Bonald, La Mennais, de Maistre, viennent d'éprouver un échec dont ils auront quelque peine à se relever. Laissons donc les spiritualistes, et passons à une autre classe des physiologistes dogmatiques qui s'éloignent infiniment de ceux dont il vient d'être question, sous certains rapports, mais qui s'en rapprochent aussi sous quelques autres.

Les matérialistes explicateurs ne le cèdent point aux philosophes dont il vient d'être parlé, dans la prétention de rendre raison de toutes choses. L'aveu de l'ignorance humaine et des limites de notre entendement leur est insupportable. S'ils ne conçoivent pas comment une chose est possible, ils la nient, ils la déclarent absurde. Que deux corps puissent s'attirer à distance, c'est ce que l'esprit ne saurait comprendre; ainsi donc cela ne peut être. Que si l'observation continuelle et indubitable démontre néanmoins que le fait a lieu, c'est qu'entre les deux corps qui *semblent s'attirer*, il existe un ressort caché qui les meut ou tend à les mouvoir l'un vers l'autre; c'est que l'un est enveloppé d'une atmosphère vitrée et l'autre d'une atmosphère résineuse; c'est que l'un émet un fluide positif et l'autre un fluide négatif, et que le positif attire le négatif. Cela est clair! deux atmosphères et deux noms appropriés à la nature des choses suffisent pour élucider ce qui paraissait d'abord si complètement incompréhensible.

C'est à l'école de ces derniers philosophes qu'appartient M. Fourcault. Nulle difficulté ne l'arrête; rien n'est inexplicable pour lui. Demandez-lui, par exemple, en quoi consiste ce phénomène si mystérieux par lequel un être produit son semblable. « Aucune expérience, aucune observation n'a pu jusqu'à ce jour (c'est l'auteur lui-même qui parle) dévoiler le mécanisme secret de la génération, et l'on peut dire encore que sa nature intime est couverte des ténèbres les plus absolues. » T. II, p. 473. « La ténuité des parties et la rapidité de l'œuvre mystérieuse de la fécondation ne nous permettent pas d'en saisir le secret mécanisme » p. 474. Car on n'y saurait porter le microscope. « Mais il sera possible néanmoins, dit M. Fourcault, d'environner de quelques lumières ce point obscur de physique animale,

en étudiant les phénomènes qui s'observent avant, pendant et après la copulation. » p. 474. Avancez avec moi, et vons allez voir que M. Fourcault tient plus qu'il ne promet. Il va vous expliquer, en effet : « 1.° les causes de l'instinct de la reproduction ; 2.° le mode d'action des appareils de la génération (ou mieux encore, la cause de leur action) ; 3.° les tendances des combinaisons moléculaires qui forment l'agrégat organique ; 4.° les lois qne suivent dans leur développement les êtres que la génération a formés ; 5.° celles qui président au développement simultané du produit de la conception et de l'organe qui les renferme (grossesse) ; enfin, les causes physiques de l'exonération du fœtus (accouchement). » p. 475. Pouvu de toutes ces explications, que vous restera-t-il encore à apprendre sur la fonction dont il s'agit?

En traitant de l'instinct en général, M. Fourcault a déjà démontré que ce n'est autre chose que « l'effet d'un mouvement organique, déterminé par des agens physiques et excité par des actions moléculaires thermo-électriques. » T. I, p. 420. Appliquant ce principe à tous les instincts particuliers, il a montré comme quoi tous les besoins, les désirs, les répugnances, consistent dans une action moléculaire thermo-électrique d'attraction ou de répulsion qui se passe entre les objets extérieurs de ces affections et les organes qui les ressentent. Expliquant même, par sa doctrine, des faits qu'on aurait pu croire en dehors d'elle, il a donné la raison pour laquelle certains animaux, le chien par exemple, se couchent constamment en cercle, et en plaçant leur nez auprès de leur derrière ; elle n'est autre que l'état électro-magnétique opposé des deux extrémités de l'animal. p. 426.

L'instinct de la reproduction ne sort point de cette loi commune. Considéré dans les plantes, il tient uniquement à ce que « les étamines sont à l'état électro-positif, relativement aux pistils qui offrent l'état électro-négatif, et qui tendent, par conséquent, à attirer à la fois l'organe mâle et la poussière fécondante. Il existe dans l'un un courant électro-magnétique majeur de l'organe mâle vers l'organe femelle, et un courant mineur dans le sens opposé. » T. II, p. 482. « Le mouvement qui rapproche et qui unit d'une manière si intime les animaux des deux sexes et leurs organes générateurs, qui opère la combinaison intime des fluides qu'ils sécrètent, n'est point produit par des causes spéciales ou *sui generis.* » p. 482. « L'état électrique opposé des organes de la génération est, comme chez les végétaux, la cause déterminante du rapprochement des sexes. » Les excitations directes, sympathiques ou cérébrales, ne tendent à réveiller les déterminations instinctives et les besoins qu'en excitant d'une manière soutenue les actions moléculaires de l'organe où doivent s'o-

pérer les combinaisons génératrices. » p. 484. Et cela au moyen des courans électriques qui ont lieu de l'encéphale vers ces organes.

Voilà l'exposition du premier acte, c'est-à-dire *l'explication* de ce qui se passe avant la copulation. M. Fourcault fait connaître, en second lieu, *le mode d'action des appareils générateurs*, *les actions moléculaires*, *les courans électriques*, etc., p. 486. Il s'étend beaucoup sur toutes ces particularités; mais ce qui suit suffira pour indiquer le fond de ses opinions. « Au moment de la copulation le pénis offre un état électrique très-marqué. Dans les frottemens qu'il détermine lorsqu'il est introduit dans les organes génitaux de la femme, il se développe une grande quantité d'électricité; il s'établit même un courant de ce fluide, qui est dirigé de l'organe mâle vers l'organe femelle...... L'ovaire, la trompe, et même la matrice, sont dans un état d'orgasme voluptueux, déterminé par l'action électrique; l'ovaire est le terme négatif de cette action attractive. En conséquence, le pavillon de la trompe éprouve d'ailleurs la même tendance pour l'ovaire que celle qui dirige l'étamine vers le pistil. L'ovaire est donc, comme ce dernier, le terme du mouvement électro-magnétique, et, lorsque la trompe est fixée, il attire ensuite le fluide séminal par un véritable mouvement *d'affluxion*, qui n'est lui-même qu'un résultat de l'affinité moléculaire....... Ainsi donc (!!) la tendance des tissus, comme celle des fluides qui doivent se combiner pour former un nouvel être, sont soumises également aux lois de l'affinité...... Enfin, la neutralisation des fluides impondérés et la combinaison des fluides pondérables, amènent la disjonction des organes et le mouvement de répulsion qui les sépare. » p. 488-91.

Je voulais suivre M. Fourcault dans les théories qu'il donne des autres phénomènes de la génération, mais nos lecteurs trouveront peut-être que j'en ai déjà trop dit, et prendraient peu de plaisir à s'engager avec lui dans des discussions où quelques grands mots, tels que ceux de *lois physico-chimiques*, *fluides électro-magnétiques*, *phénomènes thermo-électriques*, *actions moléculaires*, lui suffisent pour éclaircir les choses les plus abstruses, et pour rendre raison des phénomènes les plus incompréhensibles. C'en est assez du moins de ce qui précède pour justifier le jugement que j'ai porté sur la manière de philosopher de l'école à laquelle appartient M. Fourcault.

S'il n'y avait que cela dans ses deux volumes, tout le livre ne serait, du moins à mon avis, qu'un jeu d'imagination peu fait pour occuper des esprits qui cherchent des connaissances positives. Mais l'auteur n'est pas toujours écrivain systématique; il se montre, en beaucoup d'endroits, critique du jugement le plus juste et le plus sévère, et observateur fort ingénieux. Il n'y a point de chapitre dans son ouvrage où l'on ne trouve quelques détails intéressans et des

rapprochemens curieux. Nous pourrions en donner ici des exemples, s'ils ne méritaient à tous égards qu'on se donne la peine de les recueillir dans l'ouvrage qui les renferme. Il faut se défier du dogmatisme de M. Fourcault, mais on aurait tort de dédaigner d'étudier ses dogmes.

Elémens d'histoire naturelle médicale, etc., avec un atlas; par M. Achille Richard, *D. M., professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc. Paris,* 1831. *Deux gros vol. in-8.° de* xvj-597 *et* 842 *pages. Chez Béchet jeune.*

Le cours d'histoire naturelle médicale, malgré son importance, n'était qu'en partie professé à la Faculté de Paris; les végétaux étaient seuls traités, et ce qui avait rapport aux animaux et aux minéraux était complètement laissé de côté. La connaissance des produits que ces deux ordres de corps fournissent à l'art de guérir est cependant d'un grand intérêt; aussi M. Richard, qui avait senti dès long-temps combien une pareille omission était préjudiciable, s'efforçait-il, depuis plusieurs années, de la réparer en donnant aux nombreux élèves qui suivent ses cours publics toutes les notions de zoologie et de minéralogie qui leur manquaient. L'addition de ces deux parties à sa botanique médicale publiée en 1823, et l'indication de toutes les découvertes qui ont été faites depuis cette époque, forment l'objet de l'ouvrage qu'il vient de publier.

L'histoire naturelle renfermant trois branches parfaitement distinctes, l'auteur s'est conformé à cette division dans ses élémens; et il a suivi les classifications des naturalistes qui ont écrit le mieux sur ce point de la science.

La zoologie présente la classification adoptée par M. Cuvier dans son règne animal (2e édition). Après avoir donné les caractères des groupes principaux établis sous les noms de classes ou de familles, M. Richard décrit les espèces qui sont employées en thérapeutique ou qui lui fournissent quelque produit.

A la suite de cette partie, se trouvent les descriptions de toutes les espèces d'entozoaires qui habitent quelques uns des organes de l'homme.

Dans la seconde partie, l'auteur, élaguant les détails botaniques, trop minutieux, s'est efforcé de donner les descriptions les plus simples. Il a suivi l'ordre des familles naturelles, comme le plus satisfaisant pour l'esprit, et après avoir tracé en peu de mots les caractères qui distinguent chaque famille, il a donné ceux des genres, puis ceux de toutes les espèces qui méritent de fixer l'attention du médecin, soit en raison de leurs usages médicamenteux ou alimentaires,

soit en raison des propriétés vénéneuses dont elles sont douées. Cette partie est une répétition de la botanique médicale dont nous avons déjà parlé, mais une répétition enrichie de toutes les analyses chimiques végétales qui ont été faites dans ces dernières années, et en outre, de l'indication précise du mode d'emploi particulier que l'on fait d'un grand nombre de médicamens, entre autres des alcaloïdes végétaux et des principes immédiats *non alcalins*.

La troisième et dernière partie, s'occupe de la minéralogie. Ici, l'auteur n'a pas oublié que l'histoire naturelle des minéraux est plus spécialement du ressort de la chimie, puisqu'en effet ces corps ont presque toujours besoin d'être modifiés par les procédés chimiques avant d'être employés en médecine. Il s'est donc contenté de donner un aperçu succinct des différens caractères qui distinguent ces substances entr'elles; puis il les a offertes dans un tableau général et méthodique qu'il a fait suivre de considérations intéressantes sur la géologie ou histoire des divers terrains qui forment l'enveloppe extérieure du globe terrestre.

L'ouvrage de M. Richard, accueilli favorablement lors de sa première édition, bien que ne renfermant alors qu'une partie de l'histoire naturelle médicale, ne peut qu'obtenir un très-grand succès aujourd'hui qu'il est complet.

Recueil d'observations sur des cas de grossesses douteuses, précédé d'une introduction critique sur la manière d'explorer; par G. J. Schmitt, *professeur d'accouchemens à Vienne; trad. de l'allemand par* J. A. Stoltz, *chef de clinique à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Strasbourg*, 1829. *In-8.° de* 222 *pages. Chez Février.*

Il n'est pas de médecin-accoucheur un peu répandu ou un peu versé dans la littérature médicale relative aux accouchemens, qui n'ait rencontré de ces cas de pratique obscurs, dans lesquels la présence ou l'absence d'un certain nombre de symptômes a fait croire, même après un examen sévère, à une grossesse qui n'existait pas, ou méconnaître celle qui existait réellement. Les accoucheurs les plus célèbres ont commis de semblables méprises; et ce n'est pas sans raison qu'on peut reprocher à ceux qui ont écrit sur l'art obstétrique, d'avoir à peine indiqué les diverses maladies de l'utérus et des autres organes qui peuvent simuler une grossesse, et surtout de ne pas avoir cherché à tracer, d'après des observations bien faites, quelques règles de diagnostic pour ces cas dans lesquels le toucher et l'exploration laissent du doute dans l'esprit du praticien le plus exercé. S'il était besoin d'appuyer ces réflexions de faits, ils se pré-

senteraient en foule. Cette vérité, reconnue et énoncée par l'auteur lui-même dans sa préface, nous avait fait croire qu'il voulait faire servir à l'avancement de la science les méprises que lui ou d'autres praticiens avaient pu commettre, et que ses nombreuses observations présenteraient une suite de faits du rapprochement et de la discussion desquels devaient jaillir quelques traits de lumière propres à éclairer le jeune praticien, et à l'empêcher de tomber dans de semblables erreurs. Mais la lecture de l'ouvrage de M. Schmitt nous a détrompé, et nous allons mettre le lecteur à même de juger s'il a tenu ce qu'il semblait promettre.

Son introduction critique sur l'art d'explorer ne contenant rien qui ne se trouve dans tous les auteurs classiques, nous n'en parlerons pas. Nous ferons seulement remarquer que l'emploi du sthétoscope appliqué à la grossesse n'était pas connu de l'auteur au moment où il écrivait; du moins il n'en parle pas : le traducteur a dû suppléer à ce silence. Le reste de l'ouvrage se compose de cinquante-cinq observations que l'auteur a classées dans deux grandes divisions. A la première appartiennent les cas dans lesquels un état pathologique quelconque simulait la grossesse; la seconde est consacrée aux cas de grossesse qui avaient été méconnus à cause de l'absence de quelques symptômes ordinaires, ou de l'existence de quelques maladies concomittantes. Disons dès-à-présent, que dans tous ces cas, la grossesse n'a été *douteuse* que pour les *femmes seules*. Les observations relatives au premier chef ont été rangées dans sept catégories : ainsi grossesse simulée : 1.° par état hydropique; 2.° par obésité dans un âge avancé; 3.° par anomalie de la menstruation; 4.° par altérations organiques de la matrice; 5.° par état hystérique; 6.° par illusion pure; 7.° par états impossibles à déterminer. Prévenu par le traducteur, que si les médecins français lisaient avec attention ces observations, ils en porteraient un jugement favorable, nous les avons lus et médités avec toute la réflexion dont nous sommes capables, et nous n'avons pu partager l'opinion de M. Stoltz. Pour appuyer notre jugement, résumons en peu de mots les faits. Les sujets des observations que rapporte M. Schmitt, sont des femmes parmi lesquelles les unes atteintes de diverses maladies, les autres éprouvant des anomalies de la menstruation, et quelques-unes par *illusion pure*, éprouvent ou croient éprouver des symptômes de grossesse, se soupçonnent enceintes, et persévèrent plus ou moins, selon le désir plus ou moins vif qu'elles ont de devenir mères, dans une erreur que l'existence de plusieurs symptômes et l'absence de quelques autres devaient, *à priori*, faire soupçonner à tout médecin un peu instruit, et que le toucher et l'exploration abdominale devaient nécessairement dissiper tout-à-fait. C'est aussi ce qui est *constamment* arrivé, après un seul et rarement après deux examens, à M. Schmitt

qui n'a point eu à redresser le jugement d'un seul confrère, mais seulement les *fausses idées* de femmes qui *se croyaient* enceintes. Ces réflexions sont entièrement applicables aux faits qui forment la seconde division de l'ouvrage. Ici il s'agit de femmes réellement enceintes qui ne croyaient pas l'être, ou parce qu'elles n'éprouvaient pas les mêmes phénomènes que dans les grossesses précédentes, ou parce qu'il existait en même temps quelque altération d'un organe quelconque qui masquait *pour les malades* ceux de la grossesse, ou enfin parce qu'il y avait par la vulve un écoulement sanguin plus ou moins abondant et irrégulier. Mais dans tous ces cas encore la grossesse était *douteuse* pour les *femmes seulement*, elle ne l'a point été, elle ne pouvait l'être pour le praticien.

Nous le demandons à tout lecteur impartial, quel avantage la science peut-elle retirer de semblables observations, et est-il permis d'appeler *douteuses* des grossesses, par cela seul que les malades se sont mépris sur leur état que le plus simple examen a souvent suffi pour faire reconnaître ? Quel est donc le praticien qui oserait, sur le seul témoignage d'une femme, affirmer qu'il y a ou qu'il n'y a pas grossesse ? Si nous ne craignions de paraître mettre trop de sévérité dans notre critique, nous citerions encore quelques idées de l'auteur qui sont pour le moins extraordinaires. Ainsi il pense qu'une femme qui n'a eu, après plusieurs accouchemens, que des enfans d'un même sexe, peut espérer en voir naître un d'un sexe différent, si elle n'éprouve pas les mêmes symptômes ou sensations que dans ses premières grossesses ; ainsi il regarde comme un signe de grossesse très-important chez les primipares, la forme arrondie de l'orifice externe de l'utérus, etc. Quoique l'opuscule de M. Schmitt ne fasse, comme nous l'avons dit, en rien avancer la science, ce n'est pas à dire qu'il soit complètement inutile ; car s'il suffit souvent pour éviter une erreur de savoir qu'elle a déjà été ou qu'elle peut être commise, les observations qu'il renferme auront l'avantage de retracer à l'esprit des jeunes praticiens auxquels il est spécialement destiné, la plupart des états pathologiques qui peuvent rendre la grossesse douteuse, et la lecture de quelques-unes d'entre elles les engagera à ne se prononcer qu'après un sévère examen dans des circonstances d'où dépendent souvent la tranquillité ou l'honneur des familles.

1.° *De l'opinion des médecins américains sur la contagion ou la non-contagion de la fièvre jaune ; ou réponse aux allégations de MM. les docteurs* Hosack *et* Townsend, *de New-York, publiées l'an dernier dans la Revue médicale, la Gazette de France et le New-York Enquirer ; par* N. Chervin, *D. M. P. Broch. in-8.° pp.* 192. *Paris, décembre* 1829. *Baillière.*

2.° *Examen des opinions du docteur* Castel, *touchant la prétendue contagion de la fièvre jaune*; *ou réponse à un écrit intitulé* : De la Contagion dans les affections fébriles ; *par le* même. *Broch. in*-8.° *pp.* 51. *Paris, juillet* 1830.

3.° *Lettre à M. le docteur* Monfalcon, *de Lyon, sur la fièvre jaune qui a régné à Gibraltar en* 1828; *par le* même. *Broch. in*-8.° *pp.* 34. *Paris, août* 1830. *Baillière.*

Il faut, en vérité, que M. Chervin soit un bien *terrible homme*, comme le dit la *Gazette de France*, puisque les contagionistes des deux mondes se précipitent dans la lice pour le combattre, comme s'il était le seul obstacle au triomphe de la contagion. Si l'on ne se lasse pas de l'attaquer, lui de son côté ne se lasse pas de se défendre; et il le fait avec tant de succès en général qu'il est bien rare que les adversaires qui ont une fois lutté contre lui osent revenir à la charge.

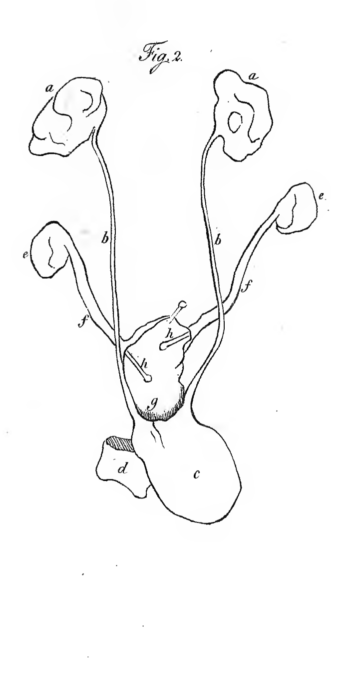
Dans la première brochure dont nous avons transcrit le titre ci-dessus, M. Chervin repousse avec sa vigueur et sa logique accoutumées les diverses assertions qu'avaient avancées contre lui MM. Hosack et Townsend, deux contagionistes des États-Unis qui ont été constamment battus, dans leur propre pays, dans toutes les discussions que la fièvre jaune y a fait naître, et qui, à l'aide de manœuvres que nous nous abstiendrons de qualifier, et d'allégations dénuées de toutes preuves, avaient espéré *confondre* M. Chervin *comme un indigne membre de notre profession*, guidé dans ses recherches sur la question de la contagion par des *motifs sinistres et mercenaires*. Des personnalités de cette nature devraient, ce nous semble, être toujours exclues d'une polémique scientifique, et on serait tout naturellement porté à ne pas se ranger de l'avis de ceux qui n'ont pas craint de s'en servir, quand même les faits que M. Chervin leur oppose ne seraient pas de nature à ne laisser aucun doute à un juge impartial.

Le second ouvrage est consacré à réfuter les opinions de M. Castel sur la contagion de la fièvre jaune, opinions qui n'ont pour fondement que des vues hypothétiques et qui n'auraient pas mérité une réponse sérieuse si M. Chervin ne s'était fait une règle de ne laisser jamais aucune attaque sans réponse.

Enfin la troisième brochure a pour but de mettre sous les yeux du public, telle qu'elle a été écrite, il y a plus d'un an, une lettre de l'auteur à M. Monfalcon de Lyon, sur l'épidémie de Gibraltar, et que ce dernier avait fait insérer en allemand dans les annales du professeur Hecker. M. Chervin n'avait pas l'intention de publier cette lettre qui était en quelque sorte confidentielle. Mais le rédacteur d'un journal de médecine, qui depuis s'est éteint, l'ayant tronquée, travestie et dénaturée de la manière la plus étrange, en la traduisant de l'allemand, l'auteur a cru devoir la reproduire ici en entier, en l'accompagnant de la lettre qu'il a adressée à cette occasion à M. Harel, rédacteur en chef du dit journal.

Fig. 1.


Arch. gén. de médec. T. 24. P. 234



MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

DÉCEMBRE 1830.

Mémoire sur le traitement des fièvres graves connues sous les diverses dénominations de gastro-entérite, dothinentérite, et caractérisées anatomiquement par l'engorgement et l'ulcération consécutive des follicules intestinaux; par M. Dance, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.* (III.me article.)

Troisième série de faits.

Obs. XLI.e — Un étudiant en médecine, âgé de 24 ans, d'une taille moyenne, velu et fortement constitué, arrivé récemment dans la capitale (octobre 1825), éprouvait depuis deux mois quelques dérangemens de corps et de bile, suivant son expression; dérangemens pour lesquels il crut devoir s'émétiser, ce qui parut d'abord lui réussir assez bien; mais peu de jours après, menant une conduite fort irrégulière, prenant quelquefois du vin jusqu'à l'excès, il tomba décidément malade et les symptômes s'aggravèrent promptement. Au 8.e jour, loquacité désordonnée, parole brève, langue tremblante, rouge à ses bords, desséchée à son centre; douleur prononcée à l'épigastre par la pression, dévoiement, cha-

leur intense de la peau, fréquence du pouls (*20 sangsues à l'épigastre.*) Le 9.e jour, aux symptômes précédens se joint une altération d'esprit telle, que le malade se croit roi de Sardaigne; en cette qualité il distribue des places, prononce des condamnations, commande le respect pour sa personne, ce qu'il fait d'une manière fort gaie et bien suivie; les traits sont mobiles, la face colorée, la parole brusque, le pouls serré. (*Forte saignée du pied, 20 sangsues à la base du crâne, orge gommée, lavement.*) Les 10.e et 11.e jours, aucun changement dans cet état; le malade tient toujours à sa royauté et s'écarte peu de cette idée dans ses conversations; sa langue est toujours rouge et sèche, le pouls serré mais moins fréquent que dans le principe. On revient aux sangsues au nombre de 30, à la base du crâne. Au 12.e et 13.e jours, deux affusions froides sont pratiquées sur la tête pendant huit à dix minutes, le malade étant plongé dans un bain tiède, mais il ne survient encore aucun changement dans son état; il continue à divaguer à sa manière, toutefois le délire devient plus général; il s'occupe de plusieurs sujets toujours avec la même apparence de raison. On revient inutilement à l'application de 15 sangsues derrière les oreilles et autant à l'épigastre, on y joint une livre de glace sur la tête. Le 14.e jour, moins de pétulance et de vivacité dans le délire, somnolence qui s'établit par momens; de plus, tremblement des lèvres et de la langue, par fois secousses convulsives dans les muscles de la face, et notamment dans les surciliers, quelques soubresauts de tendon, douleur à l'épigastre manifestée par la répugnance que le malade témoigne en pressant sur cette région, suspension du dévoiement, peu de fréquence dans le pouls qui se maintient assez fort. (*20 sangsues à l'épigastre, six livres de glace appliquées d'heure en heure sur la tête*). Le 15.^e

et le 16.ᵉ jours, on continue l'emploi de la glace, le malade tombe dans un assoupissement de plus en plus profond, toujours agité par les mouvemens convulsifs dont nous avons parlé. Au 17.ᵉ jour, deux parotides se manifestent brusquement, une plus volumineuse à gauche, l'une et l'autre fort douloureuses à la pression ; la tuméfaction qui en résulte donne à la face une largeur considérable. (2 *gr. de potasse caustique sur chaque parotide, vésic. à chaque jambe*). Le 18.ᵉ, amélioration marquée par un retour de connaissance et une certaine présence d'esprit qui n'existaient pas les jours précédens ; en même temps moins de soubresauts dans les tendons et de mouvemens convulsifs dans les muscles de la face ; du reste, les parotides, quoique volumineuses, permettent un abaissement de la mâchoire inférieure suffisant pour la sortie de la langue. (*Limonade, musc. gr.* iij, *en trois doses.*) Le 19.ᵉ et le 20.ᵉ jours, deux selles sanglantes, analogues par leur couleur et leur consistance à du résiné; d'ailleurs, aucun autre changement, si ce n'est que le malade conserve une certaine loquacité qui ressemble plutôt à du bavardage qu'à du délire ; on observe encore quelques soubresauts de tendons. Au 21.ᵉ et 22.ᵉ jours, les parotides s'affaissent et disparaissent complètement le 24.ᵉ jour; en même temps prostration, faiblesse extrême du pouls, excoriation se développant sur le coccyx. Au 26.ᵉ jour, encore une selle noirâtre, et par momens du délire et des soubresauts de tendons. Les jours suivans, la langue paraît s'humecter, la face reprendre de la vigueur, mais le malade retombe bientôt dans son état de prostration; des escarrhes noirâtres et profondes se développent sur le sacrum et les trochanters, la maigreur est extrême, enfin la mort arrive au 37.ᵉ jour.

Ouverture du cadavre 24 heures après la mort. —

Emaciation portée au dernier degré, point de roideur cadavérique, plaie de la largeur de la paume de la main, à fond grisâtre, ayant mis à découvert les apophyses épineuses du sacrum; escarrhe cutanée non encore détachée sur le trochanter droit, simple excoriation sur le gauche; parotides dans l'état naturel; les escarrhes résultant de l'application de la potasse au voisinage de ces glandes commençaient à se détacher. — *Tête.* Simple infiltration d'une lymphe gélatiniforme peu abondante dans le réseau de la pie-mère, dont les vaisseaux étaient assez injectés. Consistance naturelle de la substance cérébrale, point de sablure dans son épaisseur, point d'épanchement dans les ventricules. Intégrité du cervelet. — *Poitrine.* Poumon droit entièrement sain; le gauche lié aux côtes par d'anciennes adhérences, et simplement engoué à sa partie postérieure; cœur d'une belle couleur et d'une bonne consistance. — *Abdomen.* Membrane muqueuse de l'estomac exempte de toute altération dans sa portion splénique, plissée en losanges irréguliers vers la région pylorique où elle était un peu ardoisée et épaissie; celle de l'intestin grêle paraissait au contraire pâle et amincie, et au voisinage de la valvule cœcale on trouvait une dixaine d'ulcérations larges et profondes ayant détruit toute la membrane muqueuse et reposant sur le péritoine même, leurs bords étaient affaissés et noirâtres; les glandes mésentériques voisines participaient à cette couleur sans être notablement engorgées. Dans le cœcum existait une forte injection, mais le reste du gros intestin était dans l'état naturel, la rate et le foie mous.

Obs. XLII.e — Un tourneur en bois, âgé de 21 ans, d'une belle taille, sanguin, coloré, à muscles fermes et développés, fut reçu à l'hôpital le 23 septembre 1825. Sa maladie avait débuté lentement; il éprouvait, depuis une huitaine de jours, des lassitudes générales, des dou-

leurs contusives dans les membres, et un fort mal de tête; pendant ce temps il s'était tenu à la diète, prenant toutefois un peu de bouillon et de vin. A son entrée à l'hôpital nous le trouvâmes plongé dans un abattement considérable, parlant d'une manière assez suivie, mais avec lenteur; ses joues offraient une couleur rouge foncée, la peau une chaleur âcre et sèche; la soif était vive, la langue bordée en rouge et parsemée de nombreuses papilles saillantes; en outre, dévoiement, fréquence et plénitude du pouls. (*Saignée de trois palettes*). Le lendemain et jours suivans, ces symptômes se prononcent de plus en plus, la langue se sèche complètement, le dévoiement redouble. Une application de vingt sangsues est faite à l'anus, des boissons gommeuses sont administrées. Au 7.ᵉ jour, un enduit sec et d'un noir d'ébène se répand sur la langue, les gencives et les lèvres; le malade, sans éprouver du délire, tombe dans la stupeur la plus profonde; le pouls, en conservant sa fréquence, devient mou et faible; le dévoiement continue toujours avec la même abondance. Pendant huit jours, cet état ne subit aucun changement. Au 16.ᵉ jour, une bande noire transversale, semblable à une ecchymose récente, se développe vers la partie inférieure de l'abdomen et du côté droit. Au 17.ᵉ jour, elle avait fait de si grands progrès, qu'elle s'étendait de la crête iliaque au pubis et à la partie supérieure de la cuisse, comprenant toute la paroi abdominale circonscrite entre ces trois points; dans tout cet espace, la peau était noire et froide, son épiderme soulevée par des phlyctènes remplies d'un fluide roussâtre, en même temps la prostration augmente, la face s'altère profondément, le pouls devient de plus en plus faible. (*On continue les boissons adoucissantes*). Au 18.ᵉ jour, la gangrène noire dont il est question dépassait la crête iliaque qu'elle contournait jusqu'au trochanter et

à la région lombaire droites; les phlyctènes s'étaient rompues, et au-dessous apparaissait le derme noir, froid, sec comme du parchemin; une bande d'un rouge livide circonscrivait le mal. En outre, face hippocratique, pommettes saillantes, nez effilé, langue noire, soubresauts des tendons, mollesse extrême du pouls. (*Pansement de l'escarrhe avec la poudre de quinquina*). Au 18.e jour, yeux contournés, pouls misérable; agrandissement de la gangrène. Mort à dix heures du matin.

Ouverture du cadavre 23 heures après la mort. — Maigreur prononcée, faible raideur cadavérique, escarrhe noirâtre comprenant toute l'épaisseur du derme et le tissu cellulaire sous-cutané, s'étendant depuis le pubis jusque dans le flanc droit, environnant la crête iliaque et la fesse du même côté. Vers la paroi abdominale, cette escarrhe n'allait pas au-delà du muscle oblique externe et de son aponévrose; mais à la fesse, les muscles de cette région étaient ramollis, noirâtres, évidemment compris dans la gangrène, laquelle n'avait du reste aucune communication avec la cavité abdominale, comme on l'avait pensé durant la vie, en l'attribuant à une ulcération perforative du cœcum. Au sacrum, simple noirceur cutanée annonçant un commencement de gangrène. — *Tête.* Faible injection des méninges, bonne consistance du cerveau, point d'épanchement dans les ventricules, en un mot, rien de manifestement lésé dans cette cavité. — *Poitrine.* Poumons entièrement sains, engoués cadavériquement à leur bord postérieur; cœur jaunâtre ramolli dans son tissu, contenant à droite et à gauche deux caillots fibrineux, décolorés et assez consistans. — *Abdomen.* Estomac contracté sur lui-même; sa membrane muqueuse plissée en divers sens d'une couleur brune-noirâtre uniforme et presque générale, paraissant épaissie à cause du retrait des parois de l'estomac, nullement

ramollie et supportant des tractions assez fortes sans se rompre. Les valvules conniventes de l'intestin grêle volumineuses et comme engorgées, mais sans traces d'injection ou de ponctuations rouges. Au voisinage de la valvule cœcale, on remarquait une douzaine de plaques folliculaires ulcérées à leur surface, et augmentant de largeur jusques à la valvule qui paraissait corrodée par ces ulcérations. Tout autour la membrane muqueuse offrait une couleur noirâtre à laquelle participait bon nombre de ganglions mésentériques. Le cœcum, les colons ascendant et tranverse se trouvaient dans l'état sain, mais le colon descendant et l'S iliaque étaient horriblement maléficiés; on y voyait une immense quantité de petites ulcérations circulaires taillées à pic avec destruction totale de la membrane muqueuse dans le point qu'elles occupaient. Du reste, le foie avait une consistance naturelle; la vésicule complètement affaissée ne contenait pas un atôme de bile, la rate était molle et friable, la vessie saine.

Obs. XLIII.e — Un maçon, âgé de 19 ans, d'une bonne constitution, fut admis à l'hôpital le 28 octobre 1824. Il habitait Paris depuis huit mois, et depuis quatre il éprouvait un dévoiement qui se suspendait et renaissait, pour ainsi dire, d'un moment à l'autre, sans l'empêcher toutefois de se livrer à son travail et de prendre des alimens comme à l'ordinaire; mais, il y a trois semaines, il perdit entièrement l'appétit, se sentit courbaturé, son dévoiement augmenta, enfin il tomba décidément malade. Il essaya de se réchauffer en buvant du vin chaud, mais il le vômit. Deux épistaxis abondantes survenues dans les derniers temps le soulagèrent un peu. A son entrée à l'hôpital, la peau était chaude et sèche, la face colorée exprimant l'accablement, la tête lourde; cependant l'intelligence saine, la soif vive, la langue

rouge à sa pointe, brunâtre et sèche à sa base; le ventre distendu dans sa généralité, plus sensible au toucher que dans l'état naturel; enfin la respiration pure, le pouls fréquent et petit. (30 *sangsues à l'anus, tisane d'orge, lavement pavot.*) Le 29, point de soulagement, chaleur brûlante à la peau, ventre douloureux dans toute sa partie inférieure, surtout dans les deux fosses iliaques; dévoiement allant à dix selles liquides depuis la veille. (15 *sangsues à l'anus.*) Au soir, les douleurs s'étaient étendues à la totalité du ventre; la moindre pression exercée dans tous les sens, mais surtout latéralement, faisait pousser des cris au malade; il n'y avait point de vomissemens; la face était fatiguée sans être grippée; le pouls d'une fréquence extrême. (10 *sangsues sur chaque fosse iliaque; écoulement du sang pendant douze heures*). Le 30, insomnie et plaintes continuelles pendant la nuit, quelques nausées sans vomissemens, grand nombre de selles liquides, affaissement du ventre qui est tout aussi sensible à la pression que la veille, légère rémission dans la fièvre. (20 *sangsues sur l'épigastre*). Le 31, même sensibilité du ventre, vomituritions, égarement dans les idées, altération profonde de la face, abaissement de la température de la peau qui, vers les membres, commence à se refroidir; petitesse extrême du pouls sans beaucoup de fréquence. (*Catap. sur le ventre*). Le 1.er novembre, délire nocturne, ventre affaissé presque appliqué contre le rachis, toujours douloureux à la moindre pression, surtout inférieurement et latéralement; envies de vomir après chaque prise de la tisane. (*Même prescription*). Le 2 novembre, délire continuel, face pâle, yeux caves, langue brunâtre, ventre ne paraissant plus douloureux à la pression, petitesse extrême du pouls, refroidissement des extrémités. En outre, apparition d'une ecchymose brunâtre, cernant la paroi inférieure de l'abdomen par

une bande large qui s'étend de l'un à l'autre pli de l'aine en passant au-dessus des pubis. Mort le 3 novembre au matin.

Ouverture du cadavre au bout de 24 heures. — Peu de roideur cadavérique; couleur noirâtre de la paroi inférieure du ventre et de la partie supérieure des cuisses occupant toute l'épaisseur de la peau et s'étendant au tissu cellulaire subjacent qui était infiltré d'une sérosité sanguinolente. Cette infiltration avait gagné les muscles superficiels de la cuisse dont les fibres étaient ramollies et offraient une couleur lie-de-vin. — *Tête.* Aucune altération dans cette cavité, dans les membranes, la substance ou les ventricules du cerveau. — *Poitrine.* Même intégrité des viscères thorachiques.—*Abdomen.* Pas la moindre trace d'inflammation du péritoine, inflammation qu'on avait soupçonnée pendant la vie. Estomac offrant une couleur grisâtre entremêlée de quelques pointillures rouges, mais sans épaississement ou ramollissement de sa membrane interne. Intestins affaissés, exempts d'altérations dans leur partie supérieure, mais présentant au voisinage de la valvule cœcale et dans trois à quatre pieds de hauteur, un grand nombre de plaques ovales et gauffrées, épaisses et fongueuses; quelques-unes rouges et ulcérées à leur surface, d'autres pâles et non ulcérées : dans l'intervalle de ces plaques existait une multitude innombrable d'élevures lenticulaires appartenant aux follicules isolés; tout autour la membrane muqueuse était noirâtre et épaissie; en outre, presque tous les ganglions mésentériques, aussi bien ceux qui correspondent à la partie supérieure de l'intestin grêle, que ceux qui correspondent à la partie inférieure, étaient dans un état de turgescence inflammatoire aiguë; la plupart avaient doublé de volume et offraient une couleur rouge vif dans leur intérieur; du reste le gros intestin était entièrement sain, le

foie décoloré, la bile cystique aqueuse, la rate volumineuse et friable.

En réunissant les trois observations précédentes, notre intention a été de faire voir le traitement antiphlogistique aux prises avec les formes les plus graves de la maladie dont nous nous occupons. C'est, dans le premier cas, une fièvre ataxo-adynamique par excellence (suivant l'ancien langage), invariable dans son cours, malgré les antiphlogistiques les plus puissans, jusques à l'apparition éphémère de deux parotides dont la délitescence favorisée, peut-être par la cautérisation établie sur ces tumeurs, a replongé le malade dans le délire et la stupeur. C'est dans le second cas une fièvre putride et gangréneuse s'il en fût jamais, caractérisée par la prostration des forces, la mollesse du pouls, et surtout par le développement spontané d'une large escarrhe en un point de la peau où la pression ne peut être invoquée comme cause de ce phénomène. Ici le traitement antiphlogistique, employé toutefois avec beaucoup de réserve, a été pareillement de nulle valeur. Enfin, dans le troisième cas, c'est une maladie franchement inflammatoire en apparence qui semble attaquer le péritoine autant que l'intestin, à cause de l'engorgement aigu de la presque totalité des glandes mésentériques, résiste néanmoins aux évacuations sanguines, et s'accompagne, vers la fin, d'une ecchymose brunâtre sur la paroi inférieure de l'abdomen, tendant à la gangrène, comme dans le cas précédent. Ainsi le traitement antiphlogistique n'a joui d'aucune efficacité contre ces redoutables affections; mais on ne peut guère l'accuser que d'impuissance, si l'on a égard aux altérations profondes dont le canal intestinal était le siège; altérations qui constituaient à elles seules des causes suffisantes de mort.

Occupons-nous maintenant d'un autre série de faits

dans lesquels nous verrons ce traitement antiphlogistique jusques à présent contraire par abus, ou inerte à cause de la gravité du mal, présenter dans quelques cas des avantages assez marqués, mais insuffisans pour arrêter la marche de la maladie, et achetés peut-être aux dépens des forces des malades, qui sont ensuite devenus la proie d'accidens secondaires plus ou moins promptement mortels. Ici plusieurs autres causes ont concouru à ce triste résultat : la diète prolongée, et plus tard l'impossibilité de fournir une alimentation quelconque, sans révolter aussitôt l'estomac, malgré le sentiment bien prononcé de la faim, parfois des indigestions clandestines, ou bien l'emploi de quelques toniques jugés convenables pour relever les forces; enfin, l'extrême maigreur des sujets, et le développement de larges plaies suppurantes sur le sacrum ou ailleurs, ce qui a nécessité un séjour prolongé au lit dans des salles remplies d'autres malades, et dont l'air est toujours plus ou moins altéré.

Quatrième série de faits.

Obs. XLIV.ᵉ — Un étudiant en médecine, âgé de 21 ans, fortement constitué, habitant Paris depuis trois mois seulement, et y vivant d'une manière très-déréglée, tomba malade vers la mi-janvier 1825, à la suite de plusieurs excès en vin et en femmes. Pendant une dixaine de jours il resta languissant, éprouvant un malaise général, de la douleur à la tête et de la fièvre; plus tard quelques envies de vomir et du dévoiement se manifestèrent, on fit trois applications de sangsues tant à l'anus qu'à l'épigastre, mais sans beaucoup de succès; toutefois la maladie parut rester stationnaire pendant quelques jours. Au 8 février : chaleur brûlante à la peau, soif inextinguible, sécheresse et encroûtement de la langue, indolence complète du ventre, peu de dévoiement, fréquence du pouls (20 *sang-*

sues à l'épigastre, limonade). Le 9, élevation gazeuse du ventre, quelques soubresauts de tendons, et par momens hallucinations, vision d'objets fantastiques, ce qui a lieu principalement pendant la nuit. (*saignée, une palette*). Le 10, aggravation des symptômes, demi-flexion avec roideur des avant-bras, carphologie, trémulation des tendons, coloration d'un rouge d'ocre à la face, indifférence complète du malade pour tout ce qui l'environne; à peine a-t-il assez de connaissance pour tirer la langue quand on lui en fait la demande; des stries noirâtres et épaisses bordent l'entrée de la bouche (40 *sangsues à la base du crâne*). Au soir, rire sardonique, égarement de la physionomie, sueur abondante (20 *sangsues derrière les oreilles*). Le 11, amendement marqué par un certain retour de la connaissance, une diminution dans les soubresauts de tendon et les mouvemens carphologiques, de plus le ventre s'est presque complètement affaissé à la suite de plusieurs selles liquides; la face présente encore une coloration assez intense; le pouls est toujours fréquent, mais moins développé que précédemment, une petite excoriation noirâtre s'est développée sur le sacrum. (20 *sangsues aux apophyses mastoïdes*). Le 12 et le 13, cessation complète des phénomènes cérébraux auxquels a succédé toutefois une certaine surdité; il existe en outre un grand dévoiement de matière claire et jaunâtre, et le malade éprouve de temps en temps quelques envies de vomir, la langue est encore sèche, le pouls fréquent, et chaque soir la fièvre redouble (20 *sangsues à l'anus*, 30 *à l'épigastre*). Le 14, on applique de nouveau des sangsues sur le ventre au nombre de douze. Les jours suivans amélioration sensible, la langue s'humecte, le dévoiement diminue, la peau entre dans une douce moiteur, le pouls conserve toutefois une certaine fréquence, et le malade déjà fort amaigri, et toujours couché sur le dos

éprouve beaucoup d'incommodité de cette position à cause de l'excoriation survenue au sacrum, il demande à manger, mais on le tient encore à l'usage d'une simple tisane. Au 24 et 25, quelques vomissemens surviennent spontanément; on applique six sangsues à l'épigastre. Le 26, persistance des vomissemens qui se répètent dès que le malade prend quelques gorgées de tisane, (*emplâtre de thériaque sur l'épigastre, médicament qui paraît apporter un peu de soulagement*). Le 1.er mars : retour des vomissemens, altération profonde de la face, amaigrissement extrême, petitesse du pouls, sécheresse de la langue (*potion anti-émétique de Rivière, qui est aussitôt rendue par le vomissement*). Le 2, délire nocture, œil brillant, pouls d'une fréquence désespérante, mort la nuit suivante, précédée d'un mouvement alternatif d'abaissement et d'élévation de la mâchoire inférieure, lequel a duré pendant plusieurs heures.

Ouverture du cadavre 30 heures après la mort. — Maigreur avancée, peu de raideur cadavérique, muscles d'un beau rouge. — *Tête.* Simple infiltration séreuse peu abondante au-dessous du feuillet interne de l'arachnoïde, humectation de la substance cérébrale par un fluide de même nature, ce qui la rend comme œdémateuse; une à deux cuillerées de liquide transparent dans chaque ventricule latéral; d'ailleurs point d'injection ou de coloration anormale du cerveau et de ses membranes. — *Poitrine.* Intégrité parfaite des viscères thorachiques. — *Abdomen.* Estomac contracté sur lui même. Sa membrane interne plissée par rayons longitudinaux, dont le sommet était coloré en jaune par la bile et les intervalles fortement ponctués en rouge, du reste point d'épaississement ou de ramollissement évident sur cette membrane; rien de contre nature dans la partie supérieure des intestins grèles dont la face interne était tapissée d'une couche assez

épaisse, debile, mais vers leur partie inférieure on voyait une douzaine de larges ulcérations à fond noirâtre et déprimé, ayant corrodé entièrement la membrane muqueuse qui, tout autour, offrait une couleur rouge presque uniforme; ces désordres étaient d'autant plus marqués qu'on se rapprochait davantage de la valvule cœcale. Bon nombre de glandes mesentériques sans être notablement tuméfiées, présentaient une couleur noirâtre jusques dans leur centre. Du reste, le gros intestin était exempt de toute lésion, ainsi que les autres viscères abdominaux.

Obs. LXV.e — Un tailleur, âgé de 18 ans, d'une bonne constitution, fut apporté à l'hôpital, le 27 octobre 1824. Incapable de nous fournir lui-même aucun renseignement, nous apprîmes de sa mère qu'il était malade depuis 15 jours, se plaignant continuellement de la tête, et que, depuis trois jours il avait été pris d'un délire tellement violent qu'on avait été obligé de l'attacher avec des cordes; il avait été purgé et émétisé au début. Nous le trouvâmes étranger à toute espèce de question, marmottant quelques paroles sans suite, ayant la face très-colorée, la peau chaude et sèche, le pouls fréquent, assez développé, la langue bordée en rouge, noirâtre et sèche à son centre; le ventre ballonné et indolent à la pression. Vingt sangsues derrière les oreilles, dont l'application est immédiatement suivie d'une agitation qui porte le malade à se lever et à courir dans la salle en vociférant. Cette agitation se prolonge jusqu'au milieu de la nuit. Le 28, rémission dans ces symptômes, calme, mais sans aucune lucidité dans les idées, soif vive, peu de fréquence dans le pouls. Au soir, redoublement, coloration intense de la face. (20 *sangsues à l'anus*, 14 *derrière les oreilles.*) Pendant la nuit le délire redouble, accompagné d'une loquacité désordonnée. Le 29, stupeur, indifférence, jactation et tremblemens des membres, soupirs profonds,

encroûtement noirâtre des gencives, grande fréquence du pouls. (10 *sangsues à l'anus*). Au soir, mâchonnement, distorsion de la bouche, divagation continuelle. (15 *sangsues aux apophyses mastoïdes.*) Le 30, grand amendement sous le rapport des symptômes cérébraux; le malade semble sortir d'un sommeil profond et recouvrir la connaissance : il demande où il est, qui l'a conduit à l'hôpital, et répond avec justesse à toutes les questions qui lui sont faites : mais d'un autre côté, la peau offre toujours une chaleur contre-nature, le pouls beaucoup de fréquence, la langue reste sèche, le ventre météorisé, la pression y développe un peu de douleur, il n'y a point de dévoiement. (*On applique 20 sangsues à l'épigastre*). Les jours suivans, le mieux se prononce de plus en plus, les facultés intellectuelles se régularisent complètement, l'expression de la face se met en harmonie avec ce changement favorable, quelques sueurs viennent par momens tempérer l'ardeur de la peau, la langue s'humecte, le ballonnement du ventre diminue à la suite de fréquentes émissions gazeuses par le bas; enfin le pouls perd de sa fréquence. On continue l'usage des boissons adoucissantes, mais au milieu de ces améliorations, des rougeurs violacées se développent sur le sacrum, un râle muqueux à grosses bulles se fait entendre à la partie postérieure de la poitrine, et le 7 novembre, matité avec bronchophonie à la base du poumon droit, respiration courte, pouls redoublé, toux avec expectoration muqueuse assez épaisse, non tachée de sang. (*Saignée de quelques cuillerées qui paraît apporter un peu de soulagement*). Le 11, le malade était moins bien; il nous dit éprouver, depuis la veille seulement, un peu de douleur dans l'aine droite, où nous trouvâmes, à notre grand étonnement, un bubon du volume d'un œuf, entièrement suppuré. Il est bon de noter qu'au milieu de la cuisse de ce même côté

existait une excoriation circulaire portant l'empreinte des cordes dont on s'était servi, en ville, pour attacher le malade lorsqu'il était dans le délire ; en outre, la toux a augmenté, l'expectoration est difficile, la matité persiste à la base du poumon droit. (*Tisane pectorale, julep.*) Le 12, le bubon est ouvert par incision et fournit une abondante suppuration, mais la peau largement décollée au pourtour devient bleuâtre, s'amincit et se détruit en donnant lieu plus tard à une plaie de la largeur d'une pièce de six francs. Le 17, les symptômes cérébraux et abdominaux avaient cessé, la convalescence ne paraissait entravée que par les plaies dont nous avons parlé, et l'engorgement de la base du poumon droit ; mais le malade extrêmement amaigri, se trouvait à la gêne dans toutes les positions qu'il prenait ; des excoriations douloureuses survenues au sacrum et aux trochanters augmentaient cette gêne ; le pouls était petit et faible. Dans cet état de choses, on tente pendant plusieurs jours l'emploi de lavemens avec la décoction de quinquina unie à huit ou dix grains d'extrait. D'abord les forces paraissent revenir, les plaies se détergent et fournissent une suppuration de bonne nature, l'appétit se déclare; on commence à donner quelques fécules, mais cette espèce de restauration dure peu, la respiration manque toujours à la base du poumon droit, le malade continue à s'affaiblir, la langue et toute la cavité de la bouche se recouvrent de pellicules minces et aphtiformes qui tombent et se renouvellent successivement, le pouls baisse de plus en plus; enfin la mort arrive le 28 novembre, par exténuation graduelle, comme si la vie usée dans tous ses élémens s'éteignait dans le marasme sénile.

Ouverture du cadavre, le 29. — Maigreur squelettique, faible roideur cadavérique, ulcération large et circulaire sur le sacrum, excoriations moins étendues sur les

trochanters, bubon de l'aine droite converti en une plaie de la largeur de la paume de la main; autre plaie demi-circulaire et superficielle d'un pouce de hauteur au milieu de la cuisse du même côté. — *Tête.* Simple infiltration séreuse peu abondante au-dessous du feuillet interne de l'arachnoïde; aucune lésion dans la substance du cerveau, point d'injection contre-nature dans ses membranes. — *Poitrine.* Poumon gauche sain dans toute son étendue, contenant peu de sang; le droit adhérant aux côtes par son bord postérieur à l'aide de fausses membranes molles et récentes; son lobe supérieur dans l'état naturel, le moyen commençant à subir un premier degré d'hépatisation, altération qui devenait plus prononcée dans le lobe inférieur, lequel était volumineux, pesant, friable et gorgé de sang; cœur petit, d'une coloration naturelle. — *Abdomen.* Estomac resserré sur lui-même; sa membrane muqueuse plissée en divers sens, d'un rouge vif dans sa moitié splénique et marbrée vers la région pylorique, épaissie et mamelonnée dans ce dernier sens, ayant du reste une bonne consistance. Intestins grêles d'un petit calibre, fortement colorés en jaune par la bile, vers leur partie supérieure, à parois minces et demi-transparentes présentant vers la valvule cœcale et dans l'étendue de trois à quatre pieds, une couleur noire avec épaississement de la membrane muqueuse; on y distinguait à peine les traces de quelques ulcérations entièrement affaissées, radiées à leur pourtour et comme cicatrisées; un certain nombre de glandes mésentériques offraient une couleur noire et un volume plus qu'ordinaire. Le gros intestin, dans toute son étendue, présentait les traces d'une inflammation récente, sa membrane muqueuse était d'un rouge amarante par injections et ponctuations. Les autres organes sains.

Obs. XLVI.* — Un maçon, âgé de 18 ans, d'une

bonne constitution, était malade depuis 15 jours, lorsqu'il fut reçu à l'hôpital (2 janvier 1824). Une courbature générale, de la céphalalgie, de l'inappétence avec amertume à la bouche, enfin, du dévoiement étaient les symptômes qu'il avait éprouvés et auxquels on avait opposé un vomitif, puis deux applications de sangsues, une à l'épigastre, l'autre à l'anus. A son entrée à l'hôpital, le dévoiement persistait et s'élevait à huit ou dix selles liquides dans les 24 heures, il y avait beaucoup de fréquence dans le pouls, une chaleur sèche et mordicante à la peau, de la rougeur aux bords de la langue, de la soif; d'ailleurs le malade couché sur le dos et comme accablé par son mal, ne se plaignait d'aucune douleur. Douze sangsues sont appliquées à l'anus et renouvellées le lendemain. Le 4, diminution dans le dévoiement, mais la moindre pression développe de la douleur à l'épigastre. (*12 sangsues sur cette région; décoct. blanche; émulsion* ℥iv, *lavement de pavots.*) Le 5 et le 6, léger amendement dans les symptômes. Le 7, bouffissure au pourtour des yeux, pâleur plombée de la face, sécheresse de la langue, soif inextinguible, même intensité de la fièvre que précédemment; en outre, râle sec et sybillant dans toute l'étendue de la poitrine. Jusqu'au 10, ces symptômes varient peu; on continue l'usage des boissons adoucissantes. Le 11, insomnie, agitation pendant la nuit, altération de la face, encroûtement des lèvres et des gencives, dévoiement abondant et involontaire. (*10 sangsues à l'anus, dont l'application est suivie d'une agitation plus considérable, et sur le soir d'un délire qui porte le malade à se lever et à courir dans la salle.*) Le 12, stupeur, hésitation dans les réponses, prostration et décubitus constamment dorsal; dépressibilité du pouls, symptômes qui, tour-à-tour s'amendent et reviennent au même degré d'intensité les jours suivans. Le 17, et après

l'application de dix-huit sangsues à l'anus, le malade paraît sortir de son état de stupeur, la langue s'humecte, le dévoiement s'appaise, le pouls se relève; mais la maigreur fait des progrès considérables; des excoriations douloureuses se développent sur le coccyx et les trochanters, ensorte que toute position devient incommode, ce qui fait pousser des cris de douleur à ce malheureux malade. Au 31, la maigreur était telle que les os se dessinaient comme sur un squelette, les excoriations s'étaient aggrandies; d'un autre côté liberté complète des facultés intellectuelles, point de chaleur contre-nature à la peau, point de fréquence dans le pouls qui est seulement petit et faible, langue humide et sans enduit, ventre cave mais indolent, plus de dévoiement; dans cet état, on administre un peu de bouillon et quelques fécules, mais le 3 février des vomissemens surviennent aussitôt après l'ingestion de ces alimens, le dévoiement reparait. Le 4 et le 5, on tente quelques grains d'extrait de quinquina et la décoction du même médicament. Le malade ne paraît pas d'abord s'en trouver plus mal, il semble même plus réveillé et plus alerte dans ses mouvemens; son regard prend de la vivacité, ce qui engage à continuer le même traitement jusqu'au 8. Le 9, révasseries délirantes pendant la nuit; retour de la fièvre, et sur le soir, strabisme, insensibilité du pouls. Mort à six heures, dans le dernier degré de marasme.

Ouverture du cadavre, le 11 au matin. — Très-faible roideur cadavérique; plaie suppurante de mauvaise nature sur le sacrum, ayant la largeur de la paume de la main, excoriations sur les trochanters. Rien d'altéré dans le cerveau; engorgement sanguin à la partie postérieure du poumon gauche, dont le tissu ressemblait à celui de la rate et offrait peu de consistance; le poumon droit sain,

le cœur atrophié au point d'égaler à peine le volume d'un œuf d'oie. L'estomac fortement contracté sur lui-même, sa membrane muqueuse ridée et d'une couleur ardoisée générale, sans épaississement bien notable; les intestins grêles rétrécis et ressemblant en quelque sorte à des boyaux de chat, ayant toutefois des parois assez minces et ne présentant aucune lésion jusques à deux ou trois pieds au-dessus de la valvule cœcale; là se voyaient seulement quelques traces d'injection superficielle et quatre à cinq ulcérations peu profondes, peu étendues, à bords affaissés et paraissant en voie de cicatrisation; beaucoup de ganglions mésentériques offraient une couleur noire sans être notablement tuméfiés; dans le colon ascendant et transverse, la membrane muqueuse présentait une rougeur assez intense par injection et ponctuations rapprochées, elle était d'ailleurs un peu épaissie; les autres organes dans l'état naturel.

Obs. XLVII.* — Un maçon âgé de 18 ans, habitant Paris depuis deux mois seulement, se disait malade depuis trois semaines, lors de son entrée à l'hôpital, le 28 juin 1824. Sa maladie avait débuté par du malaise, de l'inappétence, de la céphalalgie, symptômes auxquels s'était ajouté du dévoiement, il s'était tenu au régime sans faire aucun traitement particulier. Soumis à notre observation, il se plaignait encore du mal de tête, rendait en dévoiement cinq à six selles dans les 24 heures, avait la langue pointillée en rouge, la peau chaude et sèche; toutefois le pouls d'une fréquence modérée, point de sensibilité contre-nature dans le ventre. (*Vingt sangsues à l'anus, suivies d'une diminution dans le dévoiement.*) Au 1.er juillet, la langue se recouvre à son centre d'un enduit saburral, quelques nausées se manifestent; on administre 24 grains d'ipécacuanha en quatre doses qui déterminent des vomissemens répétés et quelques selles liquides. Le 2, rou-

geur plus intense des bords de la langue, demi-sécheresse de cet organe, sensibilité à l'épigastre par la pression, soif vive, peu de fièvre cependant. (*Limonade, lavement émollient, diète.*) Le 3, moiteur générale, bon sommeil, calme dans l'expression de la face, rougeur persistante de la langue. Les jours suivans, amélioration graduelle qui semble annoncer une convalescence prochaine, l'appétit se développe, et on le seconde par quelques potages. Du 10 au 28 juillet, l'état du malade paraît tellement satisfaisant, qu'on néglige de s'occuper de son régime; il quitte le lit, mange à discrétion, se procure même des alimens du dehors, ne trouvant pas ceux de l'hôpital suffisans pour son appétit; mais pendant ce temps, il conserve toujours un peu dévoiement qu'il a soin de dissimuler dans la crainte qu'on ne lui supprime la nourriture. A la fin on s'aperçoit que la face devient pâle et blafarde, la peau flasque, le ventre empâté, douloureux même dans les régions iliaques; la langue rouge, lisse, très-disposée à se sécher. On suspend de suite toute espèce d'alimentation, on met le malade à la décoction blanche. Au commencement du mois d'août, cet état d'empâtement et de langueur générale fait des progrès, sans qu'il y ait la moindre fréquence dans le pouls, la moindre chaleur contre-nature à la peau; la langue se recouvre de pellicules blanches disséminées sur sa surface par points isolés commes des aphtes, pouvant être enlevées par le frottement, mais se reproduisant au bout de peu de temps; le dévoiement continue à sept ou huit selles par jour; la peau devient terreuse et sèche. (*Bain sulfureux, eau de riz.*) Le 4 août, faiblesse et petitesse du pouls, langue dure et comme vernissée à sa surface, sur laquelle les boissons ne font que glisser sans l'humecter, douleur à la pression dans l'une et l'autre fosses iliaques, dévoiement de plus en plus abon-

dant. (*Lavement pavot, laudanum, gouttes* vj). Enfin, le 6 août, grand sentiment de faiblesse, profond affaissement, amaigrissement extrême, yeux caves, pouls filiforme. Mort à une heure après-midi.

Ouverture du cadavre dix-huit heures après la mort. — Maigreur avancée, flaccidité des chairs, faible roideur cadavérique. Rien de contre-nature dans le cerveau et ses membranes, dans les poumons et le cœur; l'abdomen était le siége unique des désordres. Estomac contracté sur lui-même, sa membrane muqueuse plissée en divers sens, d'une couleur brune ardoisée générale, entremêlée de pointillures d'un rouge vif, épaissie et en même temps légèrement ramollie. Intestins grèles sains dans leur partie supérieure, mais couverts, dans l'étendue d'un pied au-dessus de la valvule cœcale, d'un certain nombre d'épaississemens noirâtres non-ulcérés, ayant la forme ovalaire des follicules agminés, dont l'engorgement paraissait s'être terminé par induration; les ganglions mésentériques du voisinage participaient à cet état, et offraient la même couleur. Le gros intestin était horriblement maléficié. Depuis le cœcum jusqu'au rectum inclusivement, la membrane muqueuse de ce canal était épaissie, fongueuse, noirâtre et criblée en cent endroits différens d'ulcérations étroites circulaires, qui augmentaient de nombre à mesure qu'on se rapprochait de la fin du rectum. En outre, le calibre de cet intestin avait diminué de moitié, ses parois offraient une épaisseur de trois à quatre lignes. Du reste, les autres organes étaient dans l'état naturel.

Obs. XLVIII.ᵉ — Un tailleur âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, arrivé depuis peu de temps à Paris, tomba malade quelques jours avant son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 14 septembre 1824. Un sentiment de brisement général, de la chaleur à la peau avec une

certaine fréquence dans le pouls, un peu de rougeur et de sécheresse à la langue; de la soif et du dévoiement étaient les seuls symptômes qu'il éprouvait, symptômes qui parurent assez légers pour ne réclamer que de simples boissons adoucissantes et la diète. Au bout de quinze jours de ce régime, tout s'amende, et au commencement d'octobre le malade paraît entrer en convalescence; il n'a plus de fièvre et demande à manger, mais il présente dans toute sa personne une expression d'abattement, qui se manifeste surtout par une grande inertie dans les mouvemens; le dévoiement reparaît de temps à autre. C'est au milieu de cette bénignité apparente des symptômes que, pour remédier au dévoiement et à la langueur du sujet, on administre, pendant six jours, *la décoction de simarouba unie à la canelle, un julep contenant douze grains d'extrait de quinquina et ℥ß de diascordium.* D'abord le malade ne paraît pas plus mal de ce nouveau traitement; le dévoiement diminue, les forces semblent revenir; mais la peau devient sèche et rugueuse, la face commence à se gripper; plus tard, le dévoiement reparaît avec la même abondance que précédemment. On revient de nouveau à l'usage de simples boissons adoucissantes. Nouvel amendement qui amène un grand appétit; on met le malade au demi-quart; mais il ne trouve pas cette alimentation suffisante, et s'en procure clandestinement. Pendant ce temps il maigrit de plus en plus; enfin, voici l'état déplorable dans lequel ce malheureux était arrivé le 26 octobre, avec les apparences d'une convalescence prochaine : décubitus dorsal, peau sèche et ridée, ventre cave, flexion des doigts, froid des extrémités, insensibilité presque générale, yeux ternes et mourans, pouls effacé et plus lent que dans l'état naturel; dévoiement abondant, présentant des apparences de pus et de sang mêlés à des matières fécales dé-

layées. Vainement on a recours à une potion tonique contenant ℥ß d'extrait de quinquina, la vie s'éteint insensiblement le 27, avec le même calme qui a régné pendant tout le cours de la maladie.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. — Cadavre maigre, décharné, présentant à peine de la roideur et quelques traces d'excoriations au coccyx et aux trochanters. Cerveau et ses membranes dans l'état naturel; poumons légers, crépitans, libres de toute adhérence, n'offrant pas même d'engorgement cadavérique à leur partie postérieure; cœur petit, décoloré, presque vide de sang. — *Abdomen.* Estomac étroit et resserré, sa membrane interne plissée, d'une teinte légèrement ardoisée, nullement injectée ou épaissie, mais un peu plus molle que dans l'état naturel, se rompant facilement par des tractions. Au duodénum, ponctuations noires très-nombreuses, ayant l'aspect d'une barbe noire qui vient d'être rasée; dans le reste des intestins grêles, aucune altération, si ce n'est au voisinage de la valvule cœcale, où se voyait seulement sept à huit ulcérations aplaties et en voie de guérison, cernées encore par une membrane muqueuse noirâtre et épaissie; mais le gros intestin présentait des désordres considérables, sa membrane muqueuse était partout épaissie, dure à la section, boursoufflée et comme parsemée de houppes fongueuses d'un rouge vif; en plusieurs points elle était criblée de petites ulcérations circulaires, dont le nombre augmentait à mesure qu'on se rapprochait du rectum. Bon nombre de glandes mésentériques étaient noirâtres et tuméfiées; le foie présentait une couleur analogue à celle de la rate, et ces deux viscères avaient perdu leur consistance naturelle, ils s'en allaient en putrilage par la pression.

Obs. XLIX.* — Un porteur d'eau, âgé de 22 ans,

d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, se rendit à l'hôpital le 11 août 1824. Malade depuis quelques jours seulement, il éprouvait de la céphalalgie, des lassitudes générales, et notamment une forte douleur au bas des reins. La soif était vive, la langue cernée par un bord rouge; toutefois le ventre était souple et indolent, il y avait un peu de dévoiement et une fièvre assez forte. Les premiers jours on applique par deux fois différentes des sangsues à l'anus, on tient le malade à la diète et à l'usage d'une tisane adoucissante; son état paraît s'améliorer; mais plus tard, quelques toniques diffusibles (*Acétate d'ammoniaque et éther*) ayant été administrés, les symptômes s'aggravent, et l'on est obligé de revenir aux adoucissans; toutefois le malade tombe insensiblement dans la stupeur et la prostration; alors on a recours à l'extrait de quinquina ʒß dans un julep pendant trois jours consécutifs; mais on est encore forcé, par l'accroissement des accidens, de supprimer ce nouveau tonique; on se tient uniquement à l'usage de la décoction blanche, on applique même quinze sangsues à l'épigastre, à cause d'une sensibilité contre-nature survenue dans cette région. Pendant cette variation de traitement, l'adynamie fait des progrès, la langue devient noire et sèche, le dévoiement continue; enfin, une large escarrhe se développe sur le sacrum en donnant lieu, plus tard, à une plaie de mauvaise nature. Malgré cette complication, et à l'aide de simples boissons adoucissantes, les symptômes commencent à s'amender vers la fin du mois d'août, la fièvre diminue, la langue se nettoye et s'humecte, le dévoiement se calme. C'est alors que le malade, revenant à lui-même comme d'un long sommeil, éprouve la douleur et la gêne la plus grande par suite de cette vaste plaie qui existait au sacrum. Nous l'avons vu, pendant cinq semaines environ, demandant à tout moment à être changé de

position, poussant des cris presque continuels, surtout pendant la nuit et dès qu'on le laissait un certain temps sur le dos; à la fin, on a été obligé de le coucher uniquement sur le ventre, position qu'il a gardée invariablement pendant tout ce temps. Sa face était fatiguée, amaigrie; sa voix s'éteignait et devenait rauque à force de pousser des cris; parfois il demandait à manger, mais l'on ne pouvait satisfaire son appétit sans que le dévoiement ne reparût. Enfin, après un mois de pareilles souffrances, ce malheureux semble revenir à la vie, sa face se déride, son regard devient serein, la langue s'humecte en totalité, la plaie du sacrum se déterge et offre des bourgeons charnus de bonne nature. On redouble de soins dans les pansemens qu'exigeait cette plaie, on permet quelques potages qui sont facilement supportés; bientôt la nutrition semble réparer les pertes d'une longue maladie, les chairs se raffermissent, la face prend la coloration de la santé, et la seule chose qui paraisse retenir encore le malade au lit, est l'entière cicatrisation de la plaie, dont le diamètre a déjà diminué de moitié. Tel était l'état satisfaisant qu'il présentait vers le 20 octobre; mais à cette époque, et par suite d'indigestions qu'il se donnait en prenant des alimens en cachette, le dévoiement reparaît, et avec lui la langueur et l'affaissement; la plaie devient bleuâtre et cesse de faire des progrès vers la guérison; les cris reviennent comme dans le fort de la maladie, le ventre s'excave; la fièvre, enfin, se met encore de la partie, et le 29 octobre ce malheureux succombe, ayant demandé à manger jusqu'au dernier moment.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. — Amaigrissement extrême, faible roideur cadavérique, plaie du sacrum présentant les traces avancées d'une cicatrisation bienfaisante. Au cerveau, rien de contre-nature, qu'un peu d'infiltration séreuse au-dessous

du feuillet interne de l'arachnoïde. Dans la poitrine, engorgement sanguin considérable à la partie postérieure des deux poumons, dont le parenchyme se déchirait facilement en ce point. Le cœur, d'un petit volume, d'une belle couleur et d'une bonne consistance. — *Abdomen.* Estomac dilaté par des gaz, sa membrane interne d'un gris blanchâtre, non épaissie, non ramollie, en un mot paraissant dans l'état sain. Vers le milieu de la longueur des intestins grêles, et dans l'étendue d'un pied environ, les parois de ce canal étaient d'un rouge-violet, coloration provenant de l'exhalation d'une certaine quantité de sang contenue dans cette partie de l'intestin. Tout près de la valvule cœcale, existaient deux larges ulcérations pénétrant jusqu'à la membrane séreuse, paraissant néanmoins peu profondes à cause de l'affaissement de leurs bords. Tout autour la membrane muqueuse était noirâtre et épaissie. Une dixaine d'ulcérations offrant les mêmes caractères se voyaient encore en remontant à une assez grande hauteur le long de l'intestin. Beaucoup de glandes mésentériques étaient noirâtres et gonflées. Quant au gros intestin, il présentait dans toute son étendue des traces d'une inflammation récente, savoir, de l'injection et des ponctuations rouges d'autant plus nombreuses qu'on se rapprochait davantage de la fin du rectum. Les autres organes dans l'état sain.

Plusieurs des observations que nous venons de rapporter pourraient figurer parmi celles qui appartiennent au traitement tonique dont a essayé l'emploi toujours avec désavantage; mais elles appartiennent également au traitement antiphlogistique et sous un rapport différent; c'est à lui que les malades ont dû les améliorations dont nous avons parlé, améliorations qui ont paru les amener jusqu'aux portes de la convalescence, mais n'ont point détruit le mal en entier. En effet, peu-à-peu les choses

en sont venues à un tel point, qu'il a fallu mettre dans le régime alimentaire, tantôt une sévérité commandée par la persistance des accidens (*Obs.* XLIV.ᵉ, XLV.ᵉ), mais trop prolongée pour que la nutrition n'en éprouvât pas des pertes irréparables, tantôt une déférence à cet avis de la nature, permise en apparence d'après le désir du malade et le besoin de réparer ses forces, mais trop précoce pour que les entrailles n'en ressentissent pas quelque dommage (*Obs.* XLVI.ᵉ, XLVII.ᵉ, XLVIII.ᵉ et XLIX.ᵉ); triste situation pour le médecin qui ne peut accorder ou refuser une alimentation quelconque sans s'exposer à augmenter les dangers. Qu'est-il résulté de là? Les malades se sont affaiblis en mangeant comme en ne mangeant pas, et plus encore sans doute; quelques-uns (*Obs.* XLVII.ᵉ) en effet, obéissant furtivement à un instinct trompeur, ont trouvé la mort dans des alimens qu'ils croyaient destinés à réparer les sources épuisées de la vie; tous sont tombés insensiblement dans un amaigrissement extrême, tourmentés par des plaies et des excoriations douloureuses, suite de cet état d'exténuation et d'un séjour continu au lit dans la même position, ce qui les a maintenus encore long-temps sous l'influence du malaise et de la douleur; enfin la vie, consumée lentement par tant de causes diverses, s'est, en quelque sorte, éteinte faute de soutien, et sans qu'on pût lui en fournir aucun de convenable au point de dépérissement où ces malades étaient parvenus.

Qu'on consulte maintenant les résultats fournis par l'ouverture des cadavres, et l'on comprendra de suite pourquoi des apparences de guérison se sont manifestées, les ulcérations de l'intestin grèle étant peu nombreuses et en voie de cicatrisation; pourquoi néanmoins l'amaigrissement a continué avec la chute des forces, le mal s'étant propagé au gros intestin dans la plupart des cas et d'une manière

sourde, mais tout aussi grave; pourquoi enfin les toniques et l'alimentation ont si mal réussi, tandis que les antiphlogistiques et la diète ont eut quelque succès. Mais ces succès, à le bien prendre, n'ont point empêché la maladie de se prolonger pendant un long temps, et même les émissions sanguines, en débilitant les sujets, ont concouru à les mettre dans l'impossibilité de subvenir aux frais d'une longue convalescence. Nous reviendrons par la suite sur ce grave inconvénient des émissions sanguines.

Arrivons à présent aux cas de guérison opérés sous l'influence de cette médication; nous les diviserons en plusieurs séries réprésentant la maladie dans toutes ses nuances, depuis l'état le plus bénin jusques à l'état le plus grave, ce qui mettra le lecteur à même d'apprécier le degré de confiance qu'on doit accorder à ce traitement.

Cinquième série de faits.

Obs. L.e — Une couturière, âgée de 29 ans, d'une bonne constitution, mal réglée depuis 18 mois qu'elle habitait Paris, tomba malade vers le 12 février 1824; éprouvant de la courbature, du malaise et de l'inappétence, symptômes qui allèrent en augmentant, et la forcèrent d'entrer à l'hôpital le 20 du même mois. Alors elle accusait de la pesanteur de tête, du brisement dans les membres, la peau était chaude, le pouls fréquent, la bouche amère, la langue large, humide, mais cerclée de rouge, la soif vive, l'épigastre sensible à la pression. Deux applications de 30 sangsues chacune faites à l'épigastre apportèrent du soulagement (*eau gommée*). Du 28, amélioration notable; toutefois un peu de dévoiement est survenu, il existe encore de la chaleur à la peau et une grande soif, (20 *sangsues à l'anus*). Les jours suivans tous les symptômes se calment peu-à-peu; la fièvre cesse, l'appétit se déclare. Au commencement de mars, la malade entrait en conva-

lescence; mais pendant tout le cours de ce mois elle a été tenue à une alimentation modérée, à cause de quelques récidives qui se manifestaient dans le dévoiement, elle n'a quitté l'hôpital que le 31; alors elle était en pleine guérison.

Obs. LIe — Une blanchisseuse, âgée de 18 ans, sanguine et colorée, habituellement bien portante, était arrivée, depuis un mois à Paris, où sa santé ne tarda pas à éprouver quelques atteintes. Au bout de trois semaines elle perdit l'appétit, ressentant des lassitudes générales et un fort mal de tête. Huit jours après, ces symptômes ayant augmenté, elle se rendit à l'hôpital (le 17 mars 1824) dans l'état suivant : chaleur âcre et sèche de la peau, sentiment général d'accablement qui se manifestait par un certain état de prostration; céphalalgie frontale obtuse, langue humide mais rouge et pointillée à ses bords, soif vive, haleine forte, ventre tendu et douloureux à l'épigastre par la pression, un peu de diarrhée, fréquence et plénitude du pouls. (20 *sangsues à l'anus, tisane gommée*). Le 14, les mêmes symptômes existaient mais à un moindre degré, toutefois la douleur de l'épigastre n'était point amendée (30 *sangsues sur cette région*). Le 15, soulagement tel que, dès ce jour, la malade entre en convalescence, l'épigastre ne manifeste plus aucune sensibilité contre-nature, le dévoiement cesse; au 17, la fièvre tombe en grande partie, la langue perd de sa rougeur; au 25, l'appétit se déclare, on permet un peu de bouillon, alimentation qu'on augmente graduellement; enfin le 30, la guérison était complète.

Obs. LIIe — Un boulanger, âgé de 20 ans, d'une constitution robuste, fut pris, au bout d'un mois de séjour dans la capitale, de lassitudes générales avec pesanteur de tête, inappétence, soif et bientôt dévoiement très-abondant. Au 6.e jour (16 juillet 1824), il fut admis à l'hô-

pital, accusant encore les mêmes symptômes, offrant en outre une chaleur considérable à la peau, de la fréquence dans le pouls, une rougeur vive sur les bords de la langue avec sécheresse à son centre : il était comme accablé par son mal et n'éprouvait aucune douleur dans le ventre, trois selles en dévoiement depuis la veille (12 *sangsues à l'anus*). Le 17, amélioration manifestée par la diminution de la fièvre et de la céphalalgie, toutefois le dévoiement persiste (*limonade*). Le 18, rougeur plus intense et sécheresse générale de la langue; abattement considérable, six selles en diarrhée, d'ailleurs aucune douleur dans le ventre qui est souple, et fait entendre un gargouillement gazeux, quand on le presse; le pouls a peu de fréquence (15 *sangsues à l'anus*). Le 19, la langue s'humecte, le dévoiement s'appaise, la peau reprend une température naturelle, on administre quelques bains qui amènent une douce moiteur, bientôt la convalescence se manifeste. Le 23, l'appétit se déclare, et le 26, la guérison était complète.

Obs. LIII.e — Un chaircuitier, âgé de 23 ans, à gros embonpoint, fort et sanguin, fut reçu à l'hôpital le 12 octobre 1824; il racontait que depuis dix jours il avait été pris, pour premier symptôme, d'une diarrhée abondante suivie d'une grande soif et bientôt de pesanteur à la tête et de fièvre. Les premiers jours, il avait essayé de manger, mais les alimens lui répugnaient et provoquaient même des vomissemens; enfin il était tombé insensiblement dans l'état que voici : accablement général, tête lourde, face colorée, peau chaude et sèche, langue large, humide, mais bordée en rouge, saburrale au centre, soif extrême, ventre boursoufllé, indolent, borborygmes avec dévoiement abondant, fréquence modérée du pouls qui est fort et plein (*saignée 2 palettes, 20 sangsues à l'anus, tisane d'orge*). Le 13, diminution de la fièvre et du dé-

voiement, même coloration de la face avec pesanteur de tête (*nouvelle saignée, 15 sangsues à l'anus*). Les jours suivans, les symptômes varient peu, la langue se dessèche à son centre; le malade éprouve un accablement plus considérable, toutefois la fièvre est très-modérée. Le 19, moiteur générale. Le 22, humectation de la langue, souplesse du pouls, appétence pour les alimens (*bouillon*). Le 30, convalescence qu'on a été obligé de soigner jusqu'au 10 novembre, en donnant une petite quantité d'alimens à cause d'un peu de dévoiement qui avait reparu; sortie de l'hôpital le 18 en pleine santé.

Obs. LIV.e — Un commissionnaire âgé de 28 ans, homme épais, lourd et sanguin, se disait malade depuis quinze jours lors de son entrée à l'hôpital le 21 octobre 1824. Il avait insensiblement perdu l'appétit, éprouvant des lassitudes générales, de la pesanteur à la tête et de la fièvre; à ces symptômes s'était ajouté du dévoiement. Sa face était haute en couleur, la tête lourde, la peau chaude et sèche, la soif vive, l'haleine aigre, la langue bordée en rouge vif, sèche au centre : toutefois le ventre était souple, indolent; le pouls plein, fort et médiocrement fréquent. Trois selles en diarrhée depuis la veille. (15 *sangsues à l'anus, orge, émulsion*). Le lendemain, amélioration, pouls ondoyant, moiteur à la peau, humidité de la langue, une selle en dévoiement, aucune douleur locale. Les jours suivans, désir d'alimens; malgré la rougeur persistante des bords de la langue, on permet quelques potages, la moiteur continue; bientôt le malade entre en convalescence et quitte l'hôpital le 15 novembre en pleine santé.

Obs. LV. — Un taillandier, âgé de 19 ans, d'une bonne constitution, habitait Paris depuis deux mois et y vivait d'épargne; ayant une nourriture peu abondante et peu choisie, il ne tarda pas à éprouver du dérangement

dans sa santé. Il fut pris d'un dévoiement auquel il ne fit d'abord aucune attention, continuant à se nourrir et à travailler comme à son ordinaire; mais bientôt ce dévoiement augmenta à tel point, qu'il allait quinze et vingt fois par jour à la selle. A la fin les forces lui manquèrent; il se rendit à l'hôpital le 24 octobre 1824, dans l'état suivant : accablement général, expression de souffrance dans les traits, pesanteur à la tête, chaleur âcre à la peau, fréquence du pouls, sécheresse de la langue avec rougeur sur ses bords, dévoiement abondant précédé de quelques coliques autour du nombril, toutefois point de douleur développée par la pression sur le ventre. (20 *sangsues à l'anus, orge, diète*). Le 25, amendement dans ces symptômes, le dévoiement a diminué de moitié; la langue est moins sèche. (20 *sangsues à l'anus*). Le 26, cette amélioration fait encore des progrès, le dévoiement se réduit à une selle depuis vingt-quatre heures, le ventre est toujours indolent, la pression y détermine un déplacement de gaz suivi de gargouillemens, la fièvre est presque nulle. (*Orge, émulsion*). Les jours suivans, quelques selles liquides reparaissent encore, la peau conserve un fond de chaleur, mais la langue s'humecte et dérougit. Au commencement de novembre, la convalescence se prononce, quelques alimens sont supportés. Au 10, le malade se trouvait tellement bien, qu'il a voulu quitter l'hôpital, ayant peut-être encore besoin de quelques ménagemens.

Obs. LVI.e — Un charpentier, âgé de 26 ans, fort et sanguin, à muscles très-développés, éprouvait depuis six mois qu'il demeurait à Paris, une diarrhée qui cessait et reparaissait de temps à autre, et de laquelle il s'inquiétait fort peu, ne changeant rien à son régime ni à ses habitudes ordinaires. Plus tard, il pensa qu'un vomitif

lui serait avantageux, il le prit sans aucun soulagement. Enfin, au bout de huit jours le dévoiement s'établit d'une manière continue et tellement répétée, que le malade, suivant son dire, n'osait se hasarder dans les rues de Paris, dans la crainte d'être surpris par un besoin irrésistible, et auquel il ne pourrait satisfaire commodément. Entré à l'hôpital le 20 octobre, nous le trouvâmes dans l'état suivant : la face plutôt fatiguée qu'altérée, la peau ayant une chaleur modérée, le pouls à peine fréquent, la langue large, sèche au centre et bordée en rouge, la soif vive, le ventre rétracté et douloureux vers la fosse iliaque droite; d'ailleurs, point de céphalalgie ou d'autres phénomènes sympathiques. (15 *sangsues à l'anus renouvellées le lendemain, lavement pavot, eau de riz, diète*). Au 3.e jour, grande amélioration; le dévoiement est réduit à trois selles depuis vingt-quatre heures, la douleur iliaque a diminué; la langue, quoique toujours rouge à ses bords, s'est humectée en totalité; il y a peu de fièvre. Les jours suivans, progrès croissans vers la convalescence, appétence des alimens, quelques fécules sont permises, des selles moulées succèdent au dévoiement; enfin le malade a désiré quitter l'hôpital le 10 novembre, n'éprouvant plus aucun symptôme de sa maladie, mais en ayant été débarrassé depuis trop peu de temps pour être pleinement à l'abri de toute récidive.

Il nous serait facile de multiplier les exemples de cette nature, et de montrer ainsi le traitement antiphlogistique triomphant sans peine d'une maladie que nous avons reconnue jusqu'ici pour être des plus graves. Quoi de plus satisfaisant en effet que cette action rapide des sangsues appliquées à l'anus ou à l'épigastre pour suspendre le dévoiement, dissiper la douleur de l'estomac, faire taire les phénomènes sympathiques, et amener une convalescence

prompte. Oh ! quelle confiance nous devrions avoir dans ce moyen antiphlogistique, et que ces guérisons seraient merveilleuses si elles appartenaient réellement à la maladie dont nous traitons. Mais ici est la source de l'erreur par laquelle on a cru la dompter en versant du sang. Toutes ces maladies, a-t-on dit, ne sont que des gastro-entérites : ainsi confondues dans une même dénomination qui emportait une identité de nature, le traitement devait être fondamentalement le même; et si l'on réussissait dans les cas bénins, on devait réussir par les mêmes moyens dans les cas les plus graves, car l'un de ces états n'était point une maladie différente, mais un premier degré de l'autre, raisonnement captieux que la thérapeutique ne confirme point. En effet, pourquoi la maladie disparaît-elle ici comme par enchantement, sous l'influence des antiphlogistiques, et là résiste-t-elle avec la dernière opiniâtreté, ne cédant point au traitement, mais s'évanouissant en quelque sorte spontanément et après de certaines périodes révolues ? Est-ce que le degré seul du mal ferait varier ainsi les chances de l'art et de salut pour les malades ? Mais qu'on prenne tout-à-fait à sa première période une de ces affections auxquelles on a donné, à plus juste titre, le nom de fièvre typhoïde, affection qui a pour siège anatomique principal les follicules intestinaux, et notamment ceux de Peyer : la fera-t-on avorter subitement par les saignées et les sangsues, comme nous l'avons vu précédemment ? Les faits sont prêts à répondre et nous en avons cité un bon nombre. Ces cas d'ailleurs, que l'ont dit être propres à engendrer les fièvres graves, s'ils ne sont pas combattus, dès le principe, par les antiphlogistiques, on les voit guérir également par le quinquina (*voyez* la quatrième section de nos observations, première partie), non que nous pensions que ce médicament soit leur remède, mais parce

qu'il est dans la nature de ces affections d'être peu influencées par nos moyens thérapeutiques, et de tendre spontanément au rétablissement de la santé, moyennant un peu de régime. On les voit guérir également par les méthodes les plus perturbatrices; et comme les faits sont encore nécessaires pour appuyer cette dernière assertion, nous allons les administrer en preuve.

Sixième série de faits. (Émétiques purgatifs.)

Obs. LVII.ᵉ — Un tonnelier, âgé de 18 ans, fort et bien constitué, fut pris, sans cause connue, de frissonnemens et de malaises, accompagnés de lassitudes dans les membres et bientôt de pesanteur à la tête, avec perte d'appétit, soif et dévoiement. Quinze sangsues appliquées à l'anus apportèrent un peu de soulagement, mais au 6.ᵉ jour ces symptômes ayant augmenté, le malade se rendit à l'hôpital (23 juillet 1824), dans l'état suivant: décubitus dorsal, céphalalgie obtuse, néanmoins liberté complète des facultés intellectuelles, chaleur marquée à la peau, soif vive, langue entièrement desséchée à son centre et rouge sur ses bords, sensibilité vague et diffuse dans le ventre qui pourtant était souple à la pression, dévoiement modéré, peu de fréquence, mais plénitude du pouls. (*Saignée 2 palettes, 40 sangsues à l'épigastre, bain, eau de guimauve*). Le lendemain le malade se disait guéri, il n'éprouvait plus de douleurs à la tête, n'avait aucun malaise particulier; toutefois la langue était toujours sèche et rouge, la soif vive. (*Eau de guimauve*). Au 3.ᵉ jour, changement inopiné, coliques et dévoiement pendant tout le cours de la nuit précédente, sécheresse complète de la langue, douleur réelle à l'épigastre accusée par le malade, et vivement sentie par la pression. Néanmoins la température de la peau, la fréquence du pouls, s'éloignaient peu de l'état naturel. Étonnés de ce

changement nous sommes allés aux informations, et avons appris que l'infirmier de la salle avait administré par erreur, au malade, dix bols purgatifs destinés pour un de ses voisins affecté de la colique des peintres. Ces bols contenaient en masse séné et jalap, āā ℈j, scammonée gr. vj, sirop de nerprun, q. s. (*On prescrit* 20 *sangsues à l'épig., un bain*). Au 4.ᵉ jour, il ne restait des symptômes dont nous avons parlé, qu'un peu de sécheresse à la langue. Au 5.ᵉ, cette sécheresse avait disparu; il n'y avait point de fièvre, point de sensibilité gastrique; le malade demandait à manger (*fécule*); enfin les jours suivans on lui accorde des alimens plus substanciels qui sont supportés sans trouble dans la digestion, et bientôt il quitte l'hôpital en parfaite santé.

Obs. LVIII.ᵉ — Une domestique âgée de 21 ans, femme replète, sanguine et colorée, n'ayant jamais essuyé de maladies graves dans le cours de sa vie, ni éprouvé de dérangemens dans la menstruation, habitait Paris depuis neuf mois, lorsqu'elle fut prise d'un dévoiement qui, sans être continu, reparaissait au moment où elle s'y attendait le moins, ce qui ne l'empêchait point de vaquer à ses occupations ordinaires. Enfin, au bout de deux mois de cet état elle tomba décidément malade, éprouvant des lassitudes générales, de la céphalalgie, de la fièvre avec inappétence et mauvaise bouche. Elle fut obligée de garder le lit, se mit à la diète, prenant de l'eau sucrée pour toute boisson. Au 10.ᵉ jour, elle fut reçue à l'hôpital (14 juillet 1824), se plaignant toujours de pesanteur à la tête, d'amertume à la bouche, avec dégoût pour les alimens; la langue était généralement blanche et saburrale, humide et large, faiblement rosée sur ses bords; l'épigastre était le siège d'un sentiment de pesanteur plutôt que de douleur; il y avait peu de fréquence dans le pouls, peu de chaleur à la peau. (*On prescrit gr.* ij *d'émétique*

en lavage.) Après la prise de cette boisson, deux vomissemens sont survenus, et une immense quantité de selles dont le nombre s'est élevé au moins à quarante; les selles étaient composées d'une matière jaunâtre demi-consistante, semblable à de la purée. A ces évacuations a succédé un état comparable à celui qui accompagne une violente attaque de choléra-morbus; traits tirés, lèvres bleuâtres, yeux caves et cernés, pouls misérable, froid aux extrémités, crampes dans les mollets; peu-à-peu et à l'aide de linges chauds, le pouls s'est relevé, la chaleur a reparu, les évacuations ont cessé, la nuit suivante a été bonne. Toutefois, le lendemain la malade était abattue, elle se plaignait encore de la tête et d'amertume à la bouche, avait même des envies de vomir; mais la peau était fraîche, le pouls sans fréquence. (*Bain, limonade*). Le 3.[e] jour, face riante, œil serein, langue encore limoneuse, mais appétence pour les alimens, aucune évacuation alvine depuis l'administration de l'émétique. Le 4.[e] jour, même état de calme et d'amélioration. (*Demi-quart d'alimens*). Au 8.[e], la langue étant encore saburrale, on prescrit un purgatif composé de séné, crême de tartre, aā ʒij, manne ℥ ij, dans eau ℔ ß. Quatre selles et deux efforts de vomissement ont suivi l'administration de ce purgatif. Au 6.[e] jour, la malade se trouvait parfaitement bien; elle n'avait plus d'amertume à la bouche, quoique la langue fût encore limoneuse; point de fièvre. (*Quart d'alimens*). Les jours suivans, la langue se nettoie par le fait de l'alimentation, aucun accident ne survient du côté des voies digestives, et la malade quitte l'hôpital en parfaite santé au bout de quelque temps.

Obs. LIX.[e] — Un maçon, âgé de 20 ans, pâle et un peu lymphatique, était malade depuis dix jours, lors de son entrée à l'hôpital le 12 avril 1824. A la suite de frissons, de malaise et de lassitudes générales, accompagnés

d'un peu de dévoiement, il était tombé dans l'état que voici : céphalalgie frontale obtuse, inappétence, soif, langue large, saburrale au centre, bordée en rouge et tendant à se sécher, ventre plein et comme embarrassé (dit le malade), fièvre modérée. (20 *sangsues à l'anus qui diminuent le dévoiement*). Le lendemain, l'état saburral de la langue persistant, on administre 18 grains d'ipécacuanha qui sont suivis de plusieurs vomissemens et de selles abondantes. Le 3.e jour, amélioration notable, humidité de la langue dont les bords ont dérougi, pouls ordinaire, chaleur naturelle de la peau. (*Huile de ricin* ℥ j *qui provoque quatre à cinq selles liquides.*) Au 4.e jour, la langue revient à son état naturel; la face est pleine de vivacité; enfin le malade quitte le lit et demande à manger; il reste encore à l'hôpital une dixaine de jours, mais parfaitement bien portant.

Obs. LX.e — Un perruquier, âgé de 19 ans, sanguin et bien constitué, avait insensiblement perdu l'appétit, se sentait mal à-l'aise, éprouvant des maux de tête avec étourdissemens, symptômes auxquels s'était ajouté un peu de dévoiement. Au bout de huit jours il se rendit à l'hôpital (16 avril 1824), où on lui appliqua de suite quinze sangsues à l'anus. Le lendemain il se disait un peu soulagé de la tête, la langue était saburrale au centre, rouge à son pourtour, le ventre souple et indolent, si ce n'est à l'épigastre où existait un sentiment de pesanteur; il y avait peu de fièvre. (*Gr.* xij *d'ipécacuanha suivis de vomissemens bilieux abondans*). Le 3.e jour, amélioration très-notable indiquée par le malade lui-même, et manifeste par la cessation de toute espèce de malaise. Les jours suivans, appétit qu'on seconde par quelques alimens, et bientôt convalescence interrompue çà et là par quelques légers retours de la céphalalgie, mais sans fièvre, sans aucun dérangement dans la digestion. Sorti de l'hôpital le 17 mai, en parfaite santé.

Voilà des faits, et encore des faits qui, plus que toute espèce de raisonnement, prouvent que la gastro entérite n'est pas toujours une, et que celle des fièvres graves n'est pas celle d'un embarras gastrique ou d'une simple diarrhée. Quand on voit réussir des médicamens si opposés, tels que le quinquina, les sangsues, les évacuans, dans une maladie qui est censée être toujours la même et ne varier que par ses degrés, que doit-on en conclure? C'est que le mal est léger et s'inquiète fort peu de notre traitement. Or, en est-il de même dans les fièvres graves? Nous avons vu comment elles se conduisaient avec les toniques, et quelquefois les évacuans : nous achèverons bientôt de dire comment elles se comportent avec les antiphlogistiques. Alors on pourra juger si toutes ces méthodes sont également avantageuses.

Mais si le mal est léger dans les cas dont nous nous occupons à présent, est-il donc nécessaire de déployer ce grand appareil thérapeutique, à l'aide duquel on s'imagine le combattre? On conçoit que le médecin devrait se hâter d'expulser la source impure de ce mal, si un embarras gastrique ou intestinal était une maladie grave; mais quelques jours de plus d'attente, aidés du régime et d'une simple tisane, suffisent ordinairement pour en débarrasser le malade, tandis que les évacuans peuvent le jetter dans un état pire. Ce n'est point, en effet, sans effroi que nous avons vu celui qui fait le sujet de l'observation LVIII.ᵉ, réduit tout à-coup à cette extrémité, dans laquelle la vie est menacée. Or, pour quelques cas de succès, entre mille autres tentatives de ce genre infructueuses ou pernicieuses que nous pourrions citer, faut-il exposer ainsi le sort des malades? Savoir discerner l'opportunité des évacuans est un des points les plus délicats de la thérapeutique des maladies fébriles, parce que beaucoup d'entre elles, quoique très-diverses, semblent

en réclamer l'emploi, et avec une issue fort différente. Dans cet état d'incertitude, la temporisation nous paraît en général préférable; puisque, d'un autre côté, la maladie, susceptible de s'amender par elle-même, n'offre aucun danger. Mais revenons à notre sujet, examinons à présent d'autres faits qui nous présenteront moins de doutes sur l'action des émissions sanguines.

Septième série de faits.

Obs. LXI.[e] — Une domestique âgée de 16 ans, non réglée, et cependant assez développée pour son âge, tomba malade au commencement de décembre 1824. Des lassitudes générales, de la céphalalgie et de l'inappétence marquèrent l'invasion de son mal. Au cinquième jour, il s'y joignit de la fièvre, du dévoiement et une grande soif. Un médecin consulté fit appliquer, par deux fois différentes, cinquante sangsues à l'épigastre. Le 9.[e] jour, la malade fut reçue à l'hôpital. Sa peau était brûlante, le pouls fréquent; la langue rouge, lisse, sèche, et comme ridée dans le sens de sa longueur; la soif vive; il y avait un certain abattement voisin de la prostration; le dévoiement continuait. (*Quinze sangsues à l'anus.*) Le 10, diminution de la fièvre, mais persistance des autres symptômes. (*Trente sangsues à l'anus; orge émulsionée, lavement, diète.*) Le 11, décubitus dorsal, apathie générale, langue comme rôtie, une seule selle en diarrhée depuis la veille. L'auscultation fait entendre à la partie postérieure des deux poumons un râle sec abondant. (*Même tisane.*) Le 12, peu de changemens dans cet état. (*Trente sangsues à l'épigastre.*) Le 13, moiteur générale donnant une chaleur vaporeuse à la peau, et s'accompagnant d'une amélioration manifeste. Toutefois, le râle qu'on entendait dans la poitrine a augmenté, il est devenu sous-crépitant au bord postérieur des poumons,

le pouls est redoublé. Le 15, toux, expectoration de crachats blancs et épais, légère oppression. (*Saignée de deux palettes.*) Le 16, amendement dans les symptômes pectoraux; mais la langue se maintient rouge et sèche, quelques coliques suivies de dévoiement sont survenues. (*Quinze sangsues à l'anus.*) Le 17 et jours suivans, tout paraît rentrer peu-à-peu dans l'état naturel; la moiteur de la peau continue, la langue s'humecte et perd de sa rougeur, le dévoiement cesse ainsi que la toux; mais à plusieurs reprises quelques récidives surviennent dans ces symptômes, et ce n'est qu'à la fin du mois que la malade entre décidément en convalescence. Au bout de quinze jours, elle avait tranquillement achevé sa guérison.

Obs. LXIIe — Un cordonnier âgé de 24 ans, homme velu, fort et robuste, perdit insensiblement l'appétit, éprouvant des douleurs contusives dans les membres et une grande céphalalgie. Au 3.e jour, un dévoiement abondant se manifesta; on appliqua douze sangsues à l'anus. Au 9.e jour, comme le malade ne recouvrait point l'appétit et qu'il avait beaucoup d'amertume à la bouche, on lui administra dix-huit grains d'ipécacuanha. Au 10.e jour, il se rendit à l'hôpital (28 mai 1824) nullement soulagé. La langue était d'un rouge vif à ses bords, la soif extrême, l'épigastre sensible à la pression, la peau chaude et sèche, le pouls fréquent. (*Vingt sangsues à l'épigastre, limonade.*) Le 11.e jour, sécheresse de la langue, dont les papilles sont rouges et saillantes; plusieurs selles en dévoiement; du reste, la fièvre a diminué, la face est assez calme dans son expression, la tête libre. (*Douze sangsues à l'anus.*) Le 13.e jour, amendement; la langue s'humecte, le dévoiement se ralentit. (*Décoction blanche, lavement, pavôt.*) Le 14.e jour, un grand nombre de selles liquides reparaissent, et avec

elles un accablement voisin de la prostration; la langue conserve sa rougeur; toutefois il y a peu de réaction fébrile; le malade n'accuse de la douleur qu'à la tête. Le 15.ᵉ jour, nausées continuelles, dix à douze selles liquides depuis la veille, langue d'un rouge de feu, soif inextinguible; abattement plus considérable, mais sans stupeur; pouls faible et peu fréquent. (*On continue les boissons adoucissantes.*) Les 16.ᵉ et 17.ᵉ jours, les mêmes symptômes persistant, on applique un vésicatoire volant sur le ventre. Au 18.ᵉ jour, le malade se disait mieux; le dévoiement était moindre, la langue offrait la même rougeur. Les jours suivans, cette rougeur disparaît peu-à-peu, le dévoiement se calme. Enfin, au 26.ᵉ jour, l'appétit se déclare; on accorde des potages, qu'on est obligé de supprimer à cause d'un léger retour dans le dévoiement; mais cet accident est de peu de durée. Bientôt le malade entre dans une franche convalescence. Il a quitté l'hôpital, vers la fin de juin, en pleine santé.

Obs. LXIII.ᵉ — Un boulanger âgé de 19 ans, d'un tempérament sanguin, fut reçu à l'hôpital le 15 janvier 1826, au cinquième jour d'une maladie qui avait débuté par des frissons entremêlés de chaleurs, et suivis de lassitudes dans les membres et de céphalalgie. Une saignée pratiquée au bras n'avait apporté qu'un soulagement momentané; et aux symptômes précédens s'étaient joints un abattement considérable, une douleur épigastrique assez prononcée; en outre, la langue était rouge et sèche, la soif vive, la fièvre assez intense. (*Vingt-cinq sangsues à l'épigastre.*) Le 16, sentiment de faiblesse plus prononcée, petitesse du pouls, diminution dans la douleur épigastrique et la chaleur de la peau, langue offrant les mêmes caractères que la veille, point de dévoiement. (*Gomme arabique, lavement, diète.*) La nuit suivante, délire de courte durée, et le lendemain, anxiété,

fréquence et plénitude du pouls, ressentiment de la douleur épigastrique. (*Quinze sangsues à l'épigastre.*) Le 18, retour du délire pendant la nuit; toutefois, l'anxiété a diminué, les autres symptômes se maintiennent au même degré; du râle sybillant se fait entendre dans la poitrine. On applique de nouveau quinze sangsues à l'épigastre, et autant le lendemain sur la même région. Le 20 et le 21, il y avait un peu d'amélioration; mais le 22 et le 23, la langue se recouvre de mucosités noirâtres, la face prend une expression de stupeur, la chaleur de la peau augmente ainsi que la fréquence du pouls; quelques selles en dévoiement se manifestent. On renonce aux évacuations sanguines pour s'en tenir uniquement aux boissons adoucissantes. Le 25, le malade paraît sortir spontanément de son état de stupeur; le pouls est petit et peu fréquent. Le 27, la langue s'humecte, la face reprend de plus en plus de la vivacité dans son expression. Les jours suivans, et après quelques variations, tous les symptômes s'amendèrent franchement. Le 5 février, la langue était molle, humide; la fièvre n'existait plus; il y avait un appétit dévorant; on permet quelques alimens. Enfin, le 20, la guérison était complète.

Obs. LXIV.e — Un boulanger âgé de 21 ans, fort et bien constitué, tomba malade le 1.er mars 1824, éprouvant de la courbature, des lassitudes, de la céphalalgie et de la fièvre; enfin, l'appétit lui manqua, et il se rendit à l'hôpital le 7. Là, pendant deux jours, il fut soumis à l'usage d'une simple boisson adoucissante, les symptômes qu'il présentait étant les mêmes et offrant peu d'intensité. Mais le 9, expression d'accablement et même de stupeur à la face, chaleur mordicante de la peau; langue rouge sur ses bords, sèche au centre, et commençant à s'encroûter; ventre tendu, brûlant au toucher, et sensible vers la région épigastrique; quatre selles en dévoiement

depuis la veille; en outre, râle sec et sybillant dans toute l'étendue de la poitrine, fréquence et dureté du pouls. (*Trente sangsues à l'épigastre, cataplasme sur le ventre, orge.*) Le 10, peu de changement, si ce n'est une faible diminution dans le mouvement fébrile et la sensibilité du ventre; le dévoiement continue. (*Vingt sangsues à l'anus.*) Pendant la nuit, agitation et menaces de délire. Le 11, face pâle, comme égarée, indiquant une nouvelle imminence de délire; réponses mal assurées, même état de la langue, soif très-vive. (*Trente sangsues à l'épigastre.*) Le 12, moins de chaleur à la peau, moins de fréquence dans le pouls; d'un autre côté, l'accablement est plus considérable, la stupeur plus marquée, deux selles en dévoiement. (*Trente sangsues à l'épigastre.*) Le 13, rien de changé qu'un peu moins de rougeur et de sécheresse à la langue. (*Limonade.*) Le 14, une matière visqueuse et noirâtre se répand autour des dents et des gencives; la face présente la même expression de stupeur; le malade répond avec peine et d'une manière peu suivie. (*Même prescription.*) Le 15, il paraît moins hébêté; les autres symptômes existent à un moindre degré. Les jours suivans, il revient insensiblement à lui-même. Enfin, le 19, il récupère toute sa connaissance; en même temps la langue s'humecte, la fièvre et le dévoiement diminuent; mais le râle pectoral devient plus intense, d'où résulte une certaine gêne dans la respiration. (*Petite saignée de six cuillerées qui calme cet accident.*) Le 26, et après quelques légères variations dans les symptômes, la convalescence paraît s'établir, l'appétit se déclare; toutefois on retarde l'alimentation jusqu'au commencement d'avril, à cause d'un reste de rougeur et de sécheresse à la langue. Mais à partir de cette époque jusqu'au 14 avril, le malade supporte les alimens, se refait de sa maigreur, et quitte enfin l'hôpital en parfaite santé.

Obs. LXV.[e] — Une domestique, âgée de 31 ans, d'une bonne constitution, bien réglée, se disait malade depuis 15 jours lors de son entrée à l'hôpital, le 1.[er] octobre 1824. L'invasion s'était annoncée par des lassitudes, de la céphalalgie, de l'inappétence et de la fièvre, plus tard du dévoiement était survenu. Pour tout traitement on lui avait pratiqué une saignée du bras. A son entrée à l'hôpital elle présentait dans toute sa personne une expression de langueur et d'accablement. Toutefois l'intelligence était saine, la langue large, molle, humide, mais bordée en rouge; il y avait de la soif, beaucoup de chaleur à la peau et une certaine fréquence dans le pouls; le dévoiement s'élevait à quatre ou cinq selles dans les 24 heures (*30 sangsues à l'épigastre, limonade, émuls.* ℥ iv); jusqu'au 4 octobre, ces symptômes paraissent aller en s'amendant; mais pendant la nuit du 4 au 5, rêvasseries délirantes suivies le lendemain d'un léger degré de stupeur, d'un accroissement dans la fièvre et d'un peu de météorisme (*limonade, catap. sur le ventre*). Dans la nuit du 6 au 7, le même délire se répète, la stupeur augmente, le ventre se ballonne davantage, le dévoiement diminue (*même prescription*). Le 8 et le 9, un peu d'amélioration dans cet état, la langue se maintient humide et large. Le 10, légère surdité, fièvre modérée. Le 11 et le 12, la malade accuse du bourdonnement dans les oreilles, elle est toujours languissante et comme stupide (*3 sangsues derrière chaque oreille*). Son état reste stationnaire jusqu'au 15; mais à partir de ce jour elle commence à reprendre de la vigueur, son intelligence s'ouvre, sa face se déride; bientôt l'appétit se déclare et la convalescence ne tarde pas à survenir. Mais pendant plusieurs jours elle se plaint de douleurs comme des crampes dans les bras et les jambes, quelques bains font cesser cet accident. Du reste, la convalescence quoique régulière s'est accomplie avec la même lenteur qui

régné pendant tout le cours de la maladie, elle n'était pas encore complète au 9 novembre; mais la malade était à l'abri de tout danger.

Voilà des guérisons qui, à notre avis, laissent encore de l'incertitude sur l'efficacité des antiphlogistiques appliqués aux maladies dont nous traitons, et par antiphlogistiques nous entendons spécialement ici les émissions sanguines. D'un côté il n'est pas clairement démontré que, dans tous ces cas, on ait eu à faire à des affections du genre de celles qui conduisent aux fièvres graves, et attaquent spécialement les follicules intestinaux (dothinentérite de quelques modernes). En admettant même qu'il en ait été ainsi, ces affections ne se sont point élevées à ce degré où la guérison concilie au traitement une grande valeur. D'un autre côté si l'on suit jour par jour les effets des émissions sanguines, on observe, à la vérité, quelques amendemens; mais cela n'a point empêché la maladie de poursuivre sa marche, et d'arriver même dans plusieurs de ces cas (*Obs.* LXIII.ᵉ, LXIV.ᵉ, LXV.ᵉ) jusques à une période commençante de stupeur; alors force a été de suspendre les émissions sanguines, et d'abandonner à elle-même cette maladie réfractaire dont la solution s'est opérée spontanément. Nous ne dirons point que le traitement a été contraire, nous l'approuverons même; mais qu'il ait été efficace au point d'enrayer la maladie, de suspendre ses périodes, d'abréger sa durée, de décider enfin sa terminaison; c'est ce que ces mêmes faits démentent en général, car, tout calcul fait, quatre à cinq semaines se sont écoulées avant la convalescence, et dans la plupart de ces cas, les accidens les plus graves ont été postérieurs aux émissions sanguines. N'est-il pas probable d'après cela que la nature a fait presque tous les frais de la guérison? D'ailleurs, lorsque nous avons apprécié le traitement tonique dans ces mêmes maladies, nous

avons observé pareillement des améliorations, mais nous n'en avons tenu compte qu'autant qu'elles se soutenaient. Or, pourquoi voudrait-on se servir d'un autre règle quand il s'agit du traitement antiphlogistique, et regarder les améliorations passagères qu'il produit comme des succès. En cela l'esprit est sans doute dominé par la prévention; on ne voit d'un côté que de l'irritation, et de l'autre que des antiphlogistiques, et le jugement entraîné malgré lui, rend ces deux idées inséparables. Pourtant en thérapeutique le seul moyen d'apprécier les effets des médicamens n'est pas de regarder à la nature de la maladie qui nous est trop souvent inconnue, et d'adopter ainsi tel ou tel modificateur inconnu lui-même dans son mode d'action : il y a trop d'obscurités dans cette marche. Le seul moyen, disons-nous, consiste à juger *empiriquement* du traitement par ses résultats, non pas seulement immédiats mais encore éloigués, et tenant compte de tout ce qui, dans la maladie, peut introduire naturellement ou éventuellement des modifications étrangères au remède. Arrivons du reste à l'exposé de nos dernières observations, qui sont encore plus probantes en faveur de notre manière de voir,

(*La fin au Numéro prochain.*)

Observation et réflexions sur la luxation spontanée de l'occipital sur la première vertèbre cervicale, et de cette première vertèbre sur la seconde; par le docteur OLLIVIER (*d'Angers.*)

Aucun des auteurs de nos ouvrages classiques sur la chirurgie, n'a fait l'histoire de ce genre de luxation spontanée, et pourtant la gravité de cette maladie mérite de fixer toute l'attention du praticien. Ce silence est d'au-

tant plus étrange, que cette affection a été signalée depuis long-temps ; Hippocrate (1), Galien, Van-Swiéten (2), Haller (3), J. P. Frank (4), Reil, Richter, Boyer, en font une mention spéciale. Les observations importantes de Pott, sur la carie vertébrale, pouvaient conduire à l'examen de ce point de pathologie, mais il fut complètement négligé jusqu'à l'époque où Schupke, élève du docteur Rust, rassembla dans une excellente dissertation (5), tous les exemples jusqu'alors connus de cette espèce de luxation. L'année suivante, Rust, son maître, publia un traité classique des luxations par cause interne (6), où il traça un tableau très-exact de cette maladie qu'il avait eu l'occasion d'observer treize fois. Un extrait étendu de cet ouvrage important fut inséré dans le *Journ. compl. du Dict. des Sc. méd.*, tom. I.er, ann. 1818, et fit connaître aux lecteurs français le travail intéressant du docteur allemand. Ces deux ouvrages étaient les seuls où l'on traitât d'une manière particulière de cette luxation, lorsque je publiai mon *Traité de la moelle épinière*, (1823); j'en rapportai de nouveaux exemples, et dans la seconde édition, parue en 1827, j'ai encore ajouté de

(1) *De morb. popul. vagentib.*, lib. II.
(2) *Comment.*, tom. II, pars I, §. 818, p. m. 704.
(3) *Disputat. chirurg.*, pars II, p. 356.
(4) *Delect. opusc.*, vol. V.
(5) *De luxatione spontaneâ atlantis et epistrophei.* Berlin, 1816, in-4.°, 55 pp. fig.
(6) Arthrokakologie, oder ueber die verrenkungen, etc. *Arthrocacologie*, ou *Traité sur les luxations dépendant de causes internes, ainsi que sur l'efficacité, la manière d'agir et le mode d'application du cautère actuel dans ces maladies*; Vienne, 1817, in-4.°, 195 pp. avec pl. — On a donné dans le tome XIX des *Archives gén. de Méd.*, page 571, un extrait du chapitre de l'ouvrage de Rust, qui est relatif à la luxation spontanée des vertèbres cervicales.

nouveaux faits à l'histoire de cette maladie (1). Enfin, en 1829, M. le docteur Bérard jeune a pris pour sujet de sa Thèse inaugurale l'histoire de cette luxation (2). Son travail est très-complet sous le rapport du diagnostic, et mérite d'être consulté. Le nouvel exemple que j'ai observé me paraît d'autant plus intéressant qu'il réunit la plupart des symptômes qu'on décrit comme autant de caractères propres à cette luxation spontanée, et qu'il peut contribuer à modifier l'opinion qu'on a généralement sur sa gravité.

Observation. — Joséphine Pradel, âgée de 11 ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, fut admise au quatrième dispensaire de la Société philantropique, le 11 juillet 1829, pour y être traitée d'une douleur assez vive dans le genou droit. Cette jeune fille boitait en marchant, et l'origine de cette claudication datait de 5 ans. Le 19 janvier 1824, elle ressentit une douleur légère à la partie interne du genou, à la suite d'une longue course à pied. Jusqu'alors cet enfant avait joui d'une parfaite santé, et n'avait éprouvé d'autre maladie que la rougeole. En examinant le genou douloureux, sa mère fut surprise de le trouver beaucoup plus gros que celui du côté opposé : comme l'enfant ne s'en était nullement plaint avant cette époque, on n'a pu savoir si le gonflement existait déjà depuis quelque temps (ce qui m'a paru probable d'après la nature de la tumeur). On se contenta d'abord d'entourer le genou avec un large cataplasme de farine de graine de lin, mais sans empêcher l'enfant de marcher, parce qu'il n'accusait pas une dou-

(1) *Traité de la moelle épinière et de ses maladies.* Tom. I.er, pages 334 et suiv. 2.e édit.

(2) *De la luxation spontanée de l'occipital sur l'atlas, et de l'atlas sur l'axis.* Paris, 1829, in-4.°, 34 pp.

leur bien vive, et qu'il courait sans paraître souffrir. La maladie ne faisant en apparence aucun progrès fâcheux, on ne prit pas d'autres précautions, et pendant un an environ l'état de l'enfant fut à-peu-près le même. Au bout de ce temps un médecin fut consulté; il jugea qu'il y avait de la fluctuation au devant du genou, et fit appliquer un morceau de potasse caustique au-dessus et en dedans de la rotule; l'escarrhe se détacha sans donner issue à aucun liquide, mais après avoir causé des douleurs très-aiguës. Quelque temps après un abcès bien manifeste se développa au-dessus du condyle interne, et à la suite d'applications émollientes long-temps continuées, il s'ouvrit naturellement; une matière caséiforme en sortit en grande quantité, et fut bientôt suivie d'un liquide séreux qui s'écoula pendant long-temps, de manière à imbiber les compresses dont on recouvrait le genou. Un second abcès se fit jour au-devant du condyle interne, quelques mois plus tard, et donna de même issue à une matière caséeuse, puis à un liquide séro-purulent. Trois autres abcès se développèrent successivement dans la région du jarret et à la partie postérieure de la jambe, et présentèrent les mêmes phénomènes. La plupart furent pendant deux ans autant d'ulcères fistuleux, qui laissèrent après leur guérison une cicatrice déprimée, adhérente, de couleur violacée, semblable à celles des ulcères scrofuleux.

La jeune Pradel n'ayant jamais eu aucune maladie avant celle dont le genou fut le siège, j'ai cru devoir en rappeler les diverses circonstances avec détail, parce qu'elle m'a conduit à diagnostiquer celle dont je vais parler dans un instant. Quand cette jeune fille fut confiée à mes soins, l'altération était bornée à l'articulation du genou droit; le fémur était le seul os affecté. Son condyle interne était très-gonflé, douloureux à la pression; deux points fistuleux existaient encore au-dessus de la région

poplitée, et fournissaient un pus séreux peu abondant. J'employai d'abord les cataplasmes qu'on avait remplacés depuis quelque temps par différens emplâtres, et quand la chaleur et la douleur du genou furent calmées, je fis faire matin et soir des frictions mercurielles sur le condyle (un quart de gros pour chaque friction); le genou était ensuite enveloppé d'un morceau de sparadrap de diachylon. Au bout de trois semaines de ce traitement, la tumeur du condyle était sensiblement diminuée, la marche moins pénible, et les mouvemens de l'articulation plus libres. Un mois et demi plus tard, les fistules étaient fermées, mais vers cette époque les ganglions de l'aîne droite se tuméfièrent, devinrent douloureux, un abcès se forma au centre de la tumeur, et s'ouvrit spontanément. La guérison de cet abcès fut rapide.

Depuis trois mois la santé de la jeune Pradel s'améliorait chaque jour davantage; elle avait cessé de boiter en marchant; le volume du genou droit était notablement diminué, et se rapprochait beaucoup de celui du genou gauche. Vers la fin de décembre 1829, elle se plaignit de légères douleurs à la partie postérieure du cou, les mouvemens de la tête étaient gênés, et à droite et à gauche on voyait une traînée de ganglions lymphatiques tuméfiés et douloureux à la pression. Je fis appliquer six sangsues de chaque côté du cou, et des cataplasmes émolliens. Ces moyens suffirent pour calmer notablement les douleurs existantes, et bientôt la jeune malade ne se plaignit plus que d'une gêne légère dans quelques mouvemens de la tête. Cette sensation persistant, je fis faire à plusieurs reprises des frictions avec la pommade stibiée qui donna lieu à l'éruption de pustules nombreuses; les douleurs se dissipèrent alors à-peu-près complètement. Cette amélioration ne fut pas de longue durée. Trois semaines n'étaient pas écoulées que les douleurs du cou repa-

rurent; elles étaient profondes, gravatives, quelquefois accompagnées d'élancemens aigus, et comme le moindre mouvement les exaspérait, la malade maintenait constamment la tête dans une immobilité absolue; les ganglions cervicaux étaient gonflés, sensibles au toucher. Cette récidive des douleurs du cou eut lieu dans le courant du mois de mars 1830. Deux nouvelles applications de sangsues, des cataplasmes émolliens, des frictions huileuses et opiacées, puis mercurielles, tels furent les moyens que l'on employa d'abord, et qui parurent apporter quelque soulagement: du moins, pendant un mois, l'état de la malade ne s'aggrava pas d'une manière sensible. Dans le mois suivant, je fis deux fois encore appliquer le même nombre de sangsues, autant pour combattre les douleurs du cou que celles qui occupaient toute la tête; en outre, plusieurs fois j'avais observé un peu de fièvre.

Jusqu'alors je n'avais eu aucune opinion bien arrêtée sur la nature des douleurs dont se plaignait la jeune Pradel. L'immobilité de la tête, par suite de la gêne extrême que causaient les mouvemens du cou, l'engorgement des ganglions cervicaux, la douleur que l'on causait en pressant les muscles habituellement contractés de la partie postérieure du cou, tels étaient depuis plusieurs mois les seuls phénomènes que présentait la malade. Mais vers la fin d'avril plusieurs symptômes nouveaux se développèrent, et vinrent m'éclairer sur la véritable nature du mal. Ainsi, la déglutition devint difficile, sans qu'il existât aucune inflammation du pharynx ou des amygdales; une tuméfaction uniforme de la partie moyenne et postérieure du cou avait fait disparaître la fossette qu'on observe à la nuque, une pression légère dans cette dernière région augmentait subitement les souffrances, et causait quelquefois une douleur lancinante et rapide qui suivait le trajet des branches postérieures

des premières paires cervicales ; la tête était un peu renversée en arrière, et la face avait une expression de souffrance toute particulière : pour fixer un objet situé de côté, les yeux se dirigeaient seuls vers ce côté, et la face conservait alors une immobilité absolue. Dès-lors je ne doutai plus que la maladie eût son siège dans l'articulation des premières vertèbres cervicales, et très-probablement dans celle de l'atlas avec l'occipital. Les accidens ultérieurs confirmèrent pleinement, comme on va le voir, un diagnostic auquel la maladie du genou donnait déjà beaucoup de probabilité.

J'opposai, mais inutilement, deux nouvelles applications de sangsues, des frictions mercurielles, aux progrès d'un mal dont j'entrevoyais toute la gravité ; les symptômes en devenant plus prononcés, achevèrent de dessiner la maladie. Les douleurs étaient plus rapprochées et plus violentes, elles augmentaient la nuit, s'étendaient à la moitié postérieure du crâne; mais en même temps elles étaient plus vives à gauche, en arrière de l'apophyse mastoïde : il semblait à la malade qu'il s'écoulait constamment de l'eau froide au-dessous de la peau de cette région; la tête se renversa davantage en arrière en s'inclinant à droite, la malade portait vivement les mains derrière la tête pour la soutenir dès qu'elle voulait marcher, ou se mettre sur son séant quand elle était couchée. Ces symptômes se manifestèrent dès le commencement de mai, et se prononcèrent de plus en plus vers la fin de ce mois et dans le courant de juin. Alors la déglutition devint plus difficile, la tête plus renversée en arrière et à droite, la saillie de la nuque plus proéminente; la pression exercée sur cette région causait de vives douleurs et un sentiment d'engourdissement dans les membres supérieurs ; la mâchoire était portée en avant de telle sorte que l'arcade dentaire inférieure dépassait la

supérieure de deux lignes environ; l'écartement des mâchoires ne s'effectuait qu'avec douleur, et était très-borné : le sommeil interrompu et fatigant.

Vers le milieu de juin, la tête, qui, depuis deux mois, était fortement inclinée en arrière et à droite, se porta peu-à-peu à gauche; la mâchoire inférieure fit une saillie plus prononcée en avant, la déglutition devint plus gênée, et les symptômes d'une compression de la moelle épinière devinrent plus manifestes; la jeune malade éprouvait des engourdissemens fréquens dans les membres supérieurs, à droite surtout : elle ne pouvait serrer avec force un objet quelconque qu'on lui mettait dans l'une au l'autre main; il lui était impossible de rester long temps debout sans éprouver dans les jambes une faiblesse et une fatigue très-grande qui l'obligeaient à s'asseoir promptement : depuis quelque temps elle était forcée de rester au lit.

Les applications réitérées de sangsues n'avaient pas empêché le mal de faire des progrès, et l'état de la malade m'encourageait peu à revenir à de nouvelles émissions sanguines; il y avait d'ailleurs un affaiblissement général, un peu d'amaigrissement, l'appétit était disparu, une fièvre légère mais continue ajoutait encore à la gravité du pronostic. Un large cautère fut alors (juillet) appliqué à la nuque avec la potasse caustique; l'escarrhe se détacha rapidement, et fut remplacée par une excavation assez profonde, qu'on entretint soigneusement. La jeune Pradel sortait à peine de son lit depuis trois semaines quand l'exutoire fut placé, et quinze jours n'étaient pas écoulés qu'on pût remarquer déjà un changement avantageux dans sa position. Les douleurs du cou étaient moindres, mais sa rigidité toujours la même; le sommeil plus tranquille, la céphalalgie moins vive, et l'appétit meilleur. Au commencement d'août, la malade commença à marcher sans éprouver autant de fatigue; elle serrait avec plus de force

ce qu'on lui plaçait dans la main, la déglutition était plus libre, mais la mâchoire inférieure faisait toujours une saillie telle que les dents inférieures dépassaient les supérieures. Quoique l'écartement des mâchoires fût toujours borné, cependant la mastication s'opérait sans réveiller, comme auparavant, les douleurs de la nuque. Toutefois la malade ne pouvait rester debout, ou assise, ou marcher, qu'en soutenant sa tête, en passant une ou deux mains au-dessus de la nuque.

Depuis cette époque (15 août) l'amélioration fit des progrès de plus en plus sensibles : la tête éprouva un changement tel qu'elle se renversa directement en arrière, le menton rapproché de la poitrine, les douleurs gravatives de la nuque étaient à-peu-près disparues, la marche plus libre, et causant moins de fatigue, mais toujours en soutenant la tête d'une main placée à l'occiput; la déglutition à peine gênée, la saillie de la mâchoire inférieure moins prononcée, et l'écartement des mâchoires plus grand. Aujourd'hui, 15 décembre, l'état de la malade est aussi satisfaisant que possible; à part le renversement de la tête en arrière et le rapprochement du menton de la poitrine, ainsi que la rigidité du cou qui ne permet à la tête que des mouvemens de rotation très-bornés, la jeune Pradel jouit d'une parfaite santé. Son embonpoint et ses forces sont revenus, elle court et joue avec les enfans de son âge sans se plaindre de fatigue plus grande qu'avant sa maladie. On entretient toujours avec soin le cautère placé à la nuque.

Réflexions. J'ai exposé avec détail toutes les circonstances de cette observation pour qu'il n'existe pas plus de doute dans l'esprit du lecteur, qu'il n'en reste dans le mien, sur la véritable nature de la maladie. Ici, en effet, on a pu remarquer tous les symptômes qui caractérisent la luxation spontanée des premières vertèbres cervi-

cales, et spécialement celle qui résulte de l'altération des surfaces articulaires de l'occipital et de l'atlas; douleurs sourdes, gravatives et profondes à la nuque, rigidité du cou, renversement de la tête directement en arrière d'abord, déglutition difficile; plus tard, saillie de la nuque douloureuse à la pression, déviation de la tête à droite pendant deux mois environ, puis à gauche pendant un mois, impossibilité de marcher sans maintenir la tête avec une ou deux mains; déglutition plus gênée, saillie en avant de la mâchoire inférieure, engourdissement des membres supérieurs, en pressant sur la nuque; symptômes de compression de la moelle épinière, etc., etc. : tels sont les phénomènes présentés par la malade, et qui ne peuvent être attribués qu'à la luxation spontanée des premières vertèbres cervicales. Dans deux autres cas, j'avais déja observé ces douleurs vives, analogues aux névralgies, suivant le trajet des branches postérieures des premières paires cervicales; j'en ai fait mention ailleurs : (Voy. *Dict. de Méd. en* 18 *vol. art.* Névralgie). L'inclinaison de la tête a eu lieu à droite d'abord, et c'est ce qu'on a observé le plus communément. Cette déviation résulte de ce que dans la plupart des cas, du moins d'après le relevé des observations du professeur Rust, l'altération occupe le côté gauche. Ainsi, sur neuf autopsies il a trouvé sept fois la maladie à gauche, et deux fois seulement à droite. Quant au renversement consécutif de la tête du côté gauche, je n'essayerai pas de l'expliquer; seulement je ferai remarquer que le sujet de l'observation rapportée par Schupke, présenta sous ce rapport les mêmes phénomènes que ceux qu'à offerts la jeune Pradel.

D'après les faits recueillis jusqu'à ce jour, le pronostic de cette maladie est fort grave, et presque tous les cas qu'on rapporte sont autant d'exemples de terminaison funeste. Cependant je ne doute pas que cette affection ne

soit susceptible d'une guérison spontanée, lors même qu'il existe des symptômes dénotant une altération des os déjà avancée. Aux exemples cités par Colombo, Frank, Bertin, Meckel, Rust, etc., qui le démontrent positivement, j'ajouterai le suivant.

J'ai été consulté au mois d'avril 1828 pour un jeune homme de 12 ou 13 ans, chez lequel la déviation latérale de la tête était déjà très-prononcée; la partie postérieure du cou était chaude, douloureuse à la pression; une saillie très-sensible existait à la nuque, et en pressant sur cette région on déterminait de l'engourdissement dans les deux membres supérieurs; le malade ne pouvait rester long-temps debout sans ressentir une grande fatigue. MM. Boyer, Dubois et Dupuytren, consultés en même temps que moi, n'émirent aucun doute sur la nature et la gravité du mal. Nous conseillâmes d'abord des applications de sangsues, puis deux cautères au niveau de la gibbosité. Un appareil fut construit pour favoriser progressivement le redressement de la tête. J'ai su que, après le retour du malade dans sa famille, on négligea complètement tous les moyens qui avaient été conseillés, et que le jeune homme n'en a pas moins guéri, mais en conservant la tête inclinée latéralement. Je suis convaincu que, dans ce cas, l'application des cautères eût non-seulement empêché cette difformité d'exister, mais qu'elle eût procuré une guérison radicale. L'observation de la jeune Pradel ne peut que confirmer cette opinion; plusieurs faits que j'ai rapportés ailleurs (1) prouvent qu'alors il y a soudure des surfaces articulaires affectées.

Je ne chercherai pas quelles peuvent avoir été, chez la jeune Pradel, les causes de sa maladie, mais je ferai

(1) *Traité de la moelle épinière*, etc., tome I.er, pages 353 et suiv.

remarquer qu'on ne l'a observée, dans la plupart des cas, que chez des enfans; ensorte que le jeune âge paraît être une des causes prédisposantes de cette luxation spontanée. Si l'on ajoute que cet enfant était d'un tempérament lymphatique, et qu'antérieurement le fémur avait été le siége d'une altération de nature scrofuleuse, on concevra que le concours de ces diverses circonstances, qui pouvait servir à expliquer le développement de la maladie, en rendait en même temps le pronostic très-fâcheux. Aussi m'a-t-il paru important de signaler l'exemple d'une semblable guérison, pour faire mieux apprécier le degré de curabilité de cette affection.

Je n'ai pas l'intention de tracer ici une histoire complète de la luxation spontanée des articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne : aussi me bornerai-je à dire quelques mots seulement sur le traitement qu'il convient d'employer. On a pu voir que les applications réitérées de sangsues, les frictions irritantes, mercurielles, etc., moyens qui sont généralement conseillés au début de cette maladie, ont été ici sans succès. Rust prétend que, au début de la maladie, les fomentations humides aggravent les douleurs. J'ai observé le contraire chez la jeune Pradel et chez le jeune homme dont j'ai parlé précédemment. Tous les deux éprouvaient beaucoup de soulagement quand on leur appliquait sur le cou un cataplasme chaud et humide. Je ne dirai rien d'un traitement interne, car tous les médicamens recommandés en pareil cas n'ont qu'une influence bien éloignée sur l'altération locale, qu'il s'agit de combattre énergiquement. Aussi le docteur Rust professe-t-il hautement cette opinion; et dans son Traité sur cette matière, il s'est surtout attaché à démontrer combien il importe de recourir spécialement au traitement local, et particulière-

ment à la cautérisation par le fer rouge, quand tous les autres moyens ont été insuffisans.

Le docteur Rust pense que le cautère actuel est beaucoup plus avantageux que le cautère potentiel. Dans le but de réunir les avantages de la cautérisation objective et transcurrente, il se sert d'un instrument dont l'extrémité cautérisante, épaisse de neuf lignes et longue de trois pouces, a la forme d'un prisme renversé, dout l'angle destiné à brûler est mousse. Le médecin allemand s'étend fort au long sur les effets de ce cautère, dont l'application peut, suivant lui, remplir toutes les indications. Je ne chercherai point à discuter la valeur d'un moyen dont je n'ai pas fait usage, mais je ferai observer que l'auteur s'attache à en démontrer les avantages après avoir traité de la luxation spontanée des diverses articulations des membres et du tronc; qu'il discute cette question d'une manière générale à l'occasion du traitement de ce genre de maladies, et qu'il ne s'appuie pas, pour l'espèce dont il s'agit ici, d'expériences comparatives. Or, je pense qu'il existe à cet égard des antécédens qui doivent faire préférer les cautères profonds par l'application de la potasse caustique, et ces antécédens sont les exemples nombreux de carie vertébrale guérie par ce moyen depuis que Pott en a signalé les effets remarquables. On objectera peut être qu'il n'y a pas identité parfaite entre le mal vertébral de Pott et l'altération qui produit ici la luxation spontanée de l'occipital et des deux premières vertèbres cervicales; on pourra rapprocher cette dernière altération de celle qui constitue les tumeurs blanches des articulations. Qnoi qu'il en soit, l'analogie me semble assez grande pour employer le même traitement dans les deux cas, et l'observation qui fait l'objet de cet article plaide hautement en faveur du moyen auquel je donne la préférence.

Observations d'érysipèle ambulant étendu à toute la surface du corps, suivies de quelques réflexions; par M. Rennes, *D. M. P., agrégé de la Faculté de Strasbourg, etc.*

Le caractère de mobilité de cette inflammation superficielle de la peau, qui a plus particulièrement son siège à la région sous-épidermique, dans le réseau vasculaire et nerveux de cette membrane, est tellement inhérent à la nature de l'érysipèle, que le nom même qu'il a reçu n'exprime pas autre chose, d'après son étymologie la plus probable (Ἐρύω, *j'attire*, et Πέλας, *proche.*)

Cependant il est des érysipèles que l'on appelle *fixes*, parce qu'ils se terminent dans un espace circonscrit peu distant du point où ils ont pris naissance. Il en est même qui, comme le *zôna*, ou érysipèle boutonneux, affectent presque constamment le même siège et une forme déterminée, celle de demi-ceinture ou de jarretière. Ceux-là ne sont pas les plus communs; l'érysipèle une fois déclaré, quelle qu'en soit la cause, tend d'ordinaire à s'étendre; et l'on remarque que ceux qui se manifestent comme complication des plaies et des ulcères, ne sont pas les moins sujets à se propager du lieu qu'ils occupent primitivement aux parties environnantes.

Toutefois il est une variété de l'érysipèle qui a reçu plus spécialement le nom d'*ambulant*, à raison de la promptitude avec laquelle il se porte d'une partie sur une autre, et de l'étendue de la surface qu'il occupe successivement. Cette étendue n'est point limitée : ordinairement il se borne à affecter une ou plusieurs régions de la surface du corps; très-rarement il parcourt la totalité

de cette surface, si j'en puis juger par mon expérience personnelle et par la constance avec laquelle les auteurs ont reproduit l'exemple unique rapporté par Lamotte dans ses *Observations chirurgicales*, d'un jeune enfant de neuf à dix ans, chez lequel un érysipèle de cette nature, ayant attaqué d'abord le cuir-chevelu, le front et les oreilles, s'étendit ensuite jusqu'au cou et delà aux épaules, tandis que le cuir-chevelu et une partie du visage s'en trouvèrent délivrés, et successivement à toute l'étendue du tronc et des membres, jusqu'aux doigts des pieds et des mains qui en furent atteints les derniers.

Deux observations analogues recueillies dans ma pratique m'ont paru dignes d'être publiées, et me fourniront le sujet de quelques réflexions sur les caractères distinctifs de l'érysipèle ambulant.

I.re *Obs.* — Souto, soldat au 15.e régiment d'infanterie légère, âgé de 21 ans, du tempérament sanguin-lymphatique, d'une constitution moyenne, à la suite d'une otite légère, éprouvait depuis huit jours un écoulement par l'oreille, lorsque, le 2 mars 1824, cet écoulement se supprima et fut remplacé le lendemain par un érysipèle de tout le côté gauche de la face, correspondant à l'oreille affectée. Il entra dans cet état, le 4 au soir, à l'hôpital de Saint-Omer, dont j'étais le médecin en chef. La tête était pesante, le pouls plein et fréquent, la peau chaude, la soif vive, la langue bordée d'un cercle rouge, l'estomac légèrement sensible à la pression. Une saignée du bras fut pratiquée, et vingt sangsues furent appliquées sur l'épigastre. Le 5 au matin, l'érysipèle est moins vif, la fièvre plus modérée; il s'est manifesté du délire pendant la nuit; mais le malade est calme, la soif est moins vive, la langue moins rouge, et la sensibilité épigastrique a disparu. On applique une limonade tartarique avec addition de crême de tartre, deux gros (*bis*), et le soir on

applique seize sangsues au col, en même temps que l'on fait prendre un bain de pieds sinapisé. Le 6, l'érysipèle du côté gauche est dissipé, il n'a offert que de très-légères phlyctènes et l'épiderme commence à se détacher; mais le côté droit de la face et la peau du crâne sont affectés; il y a eu une forte fièvre et du délire pendant la nuit; la constipation existe depuis plusieurs jours. On continue la même boisson, et l'on ajoute huit onces de petit-lait avec demi-grain d'émétique. Dans la journée, la rougeur érysipélateuse s'étend rapidement à la nuque, à l'épaule et à la région dorsale, le long du rachis. Le soir, il n'y a pas eu d'évacuations par le bas, le pouls reste vif et fréquent, la peau chaude et sèche. Vingt sangsues sont appliquées au col, et deux grains d'émétique en lavage sont administrés pendant la nuit. Les piqûres des sangsues fournissent abondamment, et on obtient plusieurs selles bilieuses. La nuit est plus tranquille, et le 7 au matin on observe un mieux prononcé de tous points. Ainsi le pouls a faibli, le gonflement de la face a cessé, la peau du visage est pâle et écailleuse; la rougeur érysipélateuse fait seule des progrès et s'étend à la partie postérieure du tronc. Un vésicatoire est appliqué sur chaque épaule; la limonade tartarique est continuée, les évacuations bilieuses continuent d'avoir lieu; la nuit, sommeil léger, point de délire. Le 8 au matin, la langue reste chargée de mucosités épaisses blanchâtres; il n'y a pas de fièvre. Je fais répéter l'administration de l'émétique en lavage, qui procure plusieurs selles. L'érysipèle continue néanmoins de se propager des parties supérieures vers les inférieures: une ventouse scarifiée est appliquée sur le flanc gauche. Le 9, la langue reste sale, la face jaune; l'érysipèle a envahi les flancs et les lombes; il y a beaucoup d'agitation, les urines n'ont pas cessé d'être claires. Quatre ventouses scarifiées

et deux vésicatoires sont appliqués au centre des surfaces rouges, car c'est par une simple rougeur que procède la maladie, presque sans tuméfaction et sans phlyctènes. Le 10, l'érysipèle continue de s'étendre; la langue est toujours sale. Le 11, la soif est devenue plus vive, le pouls plus fréquent : application de dix sangsues sur l'épigastre. Le lendemain, ces symptômes sont diminués; l'érythème s'est étendu aux fesses d'un côté, de l'autre à la poitrine et à l'abdomen. Le 12, au soir, les bras et les avant-bras en sont atteints à leur tour ; mais là quelques phlyctènes ne tardent pas à se former. Le 13 seulement, la langue commence à se nettoyer sur ses bords. Le 14, le pouls est bien moins fréquent, la langue est plus humectée, l'érysipèle devient plus léger, s'étend d'une part jusqu'à la moitié des cuisses, et de l'autre jusqu'aux poignets. Là, se termine la maladie. Le 15, tout est sec. Le 16, la desquammation commence, et la convalescence est établie; la langue reste encore chargée pendant quelques jours, ce qui engage à revenir à la crème de tartre. Le 26, Souto sort de l'hôpital parfaitement guéri.

La médecine perturbatrice mise en usage dans cette maladie n'ayant pu arrêter la marche de l'érysipèle, cet insuccès m'a engagé à suivre uniquement la méthode expectante dans le cas suivant.

II.[e] *Obs.* — M.[lle] V...., âgée de 24 ans, d'une constitution grêle, du tempérament nerveux, ayant habituellement le pouls agité dans l'état de santé, et disposée aux affections nerveuses, contracta, en juillet dernier, une ophthalmie aiguë, par suite de laquelle les vaisseaux de la conjonctive oculaire restèrent développés et occasionnèrent une opacité de cette membrane qui fut combattue par plusieurs applications de sangsues aux tempes. Tout récemment elle avait éprouvé des règles abondantes,

lorsqu'après l'application de quelques sangsues aux jambes, on se détermina à appliquer un petit vésicatoire derrière chaque oreille ; l'épiderme fut enlevé, et les plaies furent pansées avec la pommade de garou. Deux jours après, le 22 septembre, M.[lle] V.... ayant été prise subitement d'un frisson violent qui dura deux heures, je fus appelé en l'absence du médecin ordinaire, et je trouvai la malade atteinte d'une fièvre forte, avec rougeur et tuméfaction de la face, accompagnée d'un commencement de moiteur de toute la surface du corps, et d'une toux convulsive qui semblait menacer de suffocation. La sueur ne tarda pas à s'établir et se continua à un faible degré jusqu'au lendemain matin que la fièvre et la toux reparurent plus fortes, précédées d'un froid de pieds de courte durée, et suivies du développement d'une rougeur manifestement érysipélateuse sur tout le côté droit de la face, depuis l'oreille jusqu'au nez. L'inflammation gagne dans la nuit le côté opposé; elle y détermine quelques phlyctènes, et immédiatement l'état de l'œil malade se trouve amélioré. Cependant la fièvre est forte; l'érysipèle s'étend rapidement à la peau du crâne, la langue est rouge, la soif est vive ; les boissons adoucissantes et la diète sont insuffisantes pour calmer l'irritation. (*Douze sangsues sont appliquées sur l'épigastre.*) Cette application procure une hémorrhagie abondante, et le soir même une épistaxis a lieu. Le 25 au matin, le mieux est très-prononcé, la fièvre est très-légère, la toux quinteuse et fatigante qui signalait chaque redoublement a presque entièrement cessé. La fièvre reprend des forces dans la journée ; plusieurs épistaxis ont lieu; la nuit est marquée par de l'assoupissement et suivie d'un affaissement considérable : cependant on n'observe pas de délire. Le 26, au matin, la desquammation s'opère à la face, le cuir

chevelu reste sensible, l'érysipèle a gagné la nuque et l'intervalle des épaules; la langue reste rouge et sèche au pourtour; les urines sont rares, et la constipation résiste à l'emploi des lavemens. Un cataplasme émollient est appliqué sur l'hypogastre, et un mélange de farine de moutarde et de graine de lin sert à rubéfier les coude-pieds. Redoublement de fièvre le soir, suivi d'un assoupissement profond pendant la nuit, puis de toux quinteuse au réveil et d'un commencement d'expectoration. Le 27, les menstrues semblent apparaître légèrement, et continuent de couler par intervalle jusqu'au lendemain soir. Pendant ce temps, l'érysipèle s'étend à tout le dos et aux épaules; il gagne même en avant sur la poitrine: aucun des symptômes ne s'amende; la fièvre est continue, l'agitation vive; les membres sont affectés de mouvemens convulsifs; les urines sont presque supprimées. Une application de huit sangsues sur l'hypogastre, faite le 29 au matin, détermine l'émission d'une grande quantité d'urine; la langue, qui était sèche, les dents, qui étaient couvertes d'un enduit fuligineux, se nettoyent et s'humectent. Néanmoins les symptômes nerveux persévèrent, et la malade, entourée de personnes qui l'exhortent à la mort, manifeste des craintes continuelles. On revient aux applications sinapisées des jambes, et on entretient des cataplasmes sur le bas-ventre. La nuit est marquée par un fort redoublement, par une toux suffocante et des cris désordonnés; l'hémorrhagie se renouvelle par les piqûres de sangsues, et les urines sont rendues involontairement dans les efforts de la toux. Un lavement émollient amène pour la première fois quelques grumeaux de matières noirâtres. Le 30 au matin, l'érysipèle occupe tout le devant du thorax et les mamelles; la face est pâle, le pouls petit, nerveux, inter-

mittent; les mouvemens spasmodiques continuent; la langue est tout-à-fait sèche; la faiblesse est considérable, et les matières glaireuses qui sont amenées par les efforts de la toux restent adhérentes au gosier et à la langue. (*Potion avec thridace, vésicatoires camphrés aux jambes.*) Cet état dure tout le jour; la nuit, il s'y joint des spasmes, des grincemens de dents et des momens de défaillance. Le 1.er octobre, l'état de la malade paraît moins fâcheux; l'érysipèle a fait peu de progrès. (*Même potion avec la thridace; l'eau de fleur d'oranger et l'eau distillée de lys.*) L'émission des urines était de nouveau supprimée; quelques applications émollientes camphrées faites sur la vulve en ont facilité l'issue. Dans la journée, il y a moins d'agitation, la toux est moindre, et les urines sont évacuées en abondance. La nuit est assez tranquille. Le 2, amélioration très-prononcée; la langue est humectée; le pouls n'est que très-peu fébrile; l'érythème, accompagné d'un violent prurit, a gagné les fesses et la cuisse gauche, après avoir parcouru les flancs et les hanches. Il est remarquable que partout où se propage l'érysipèle, la rougeur existe seule sans phlyctènes. Le soir, à l'occasion d'une exhortation religieuse, les symptômes fâcheux et l'agitation convulsive reparaissent. La journée du lendemain s'en ressent : ce n'est que dans la nuit que le calme se rétablit; il y a même plusieurs heures de sommeil. Le 4, la fièvre se rallume à mesure que l'érysipèle envahit la peau de l'abdomen. Pas une seule cuillerée de bouillon n'a été accordée depuis le commencement de la maladie; mademoiselle V...... n'en désire même pas. On a continué assiduement les boissons émollientes, et presque chaque jour un lavement a été administré.

Le 5 au matin, grand abattement, vive cuisson, urines

abondantes et claires, langue toujours sèche; l'érysipèle s'est arrêté au sommet des bras et des cuisses. Le 6, un nouvel érysipèle s'est déclaré sur le pied droit et la jambe droite, au-dessous du vésicatoire; la malade est agitée de spasmes violens toute la journée. Le soir, deux selles poisseuses, verdâtres, fétides. Le 7, diminution de la fièvre, faiblesse, assoupissement; l'érysipèle s'étend au-dessus du vésicatoire. (*Application d'un cataplasme de farine de graine de lin sur toute la jambe.*) La journée du 8 se passe assez bien; je permets quelques cuillerées de bouillon coupé. Le 9, l'érysipèle s'étend au-dessus du genou, et s'éteint à la jambe. Le 10, un nouveau, plus douloureux, avec phlyctènes, se manifeste au bras droit, qui est également recouvert d'un cataplasme. Le 11, la malade a de l'appétit, la langue est naturelle, la faiblesse est grande, mais le pouls se soutient: la convalescence est déclarée. Du 11 au 15, elle se maintient; l'appétit est bon, les digestions se font bien; M.lle V.... se lève, la desquammation est presque générale, l'érysipèle du bras est sec; il s'en manifeste un autre à la cuisse, qui dure peu. Le 10 novembre, la desquammation n'est pas encore terminée, les forces se rétablissent de jour en jour.

L'analogie des deux faits précédens est fort remarquable; plusieurs symptômes communs s'y rencontrent, et la marche de l'affection a été à-peu-près la même dans les deux cas, malgré la différence du traitement. Dans le premier, l'érysipèle se déclare à la suite de la disparition d'une otorrhée; dans le second, après l'application d'un vésicatoire cantharidé derrière les oreilles. L'inflammation se porte rapidement d'un côté à l'autre de la face; le gonflement de celle-ci est moderé, quelques phlyctènes s'y dessinent à peine, et il n'en paraît plus sur les autres par-

ties du corps, où les symptômes de la maladie se bornent à la rougeur, à la chaleur, au prurit, presque sans tuméfaction, et sans soulevement partiel de l'épiderme par la sérosité, laquelle semble s'infiltrer, parce qu'elle ne trouve pas à s'écouler, et propager ainsi la maladie : comme si le principe de l'érysipèle, résidant dans cette sérosité, ne trouvait pas à s'épuiser par sa concentration sur un point et la formation d'une sécrétion morbide; ainsi qu'il arrive dans l'érysipèle de la face, qui se termine fréquemment par de petits abcès dans le tissu cellulaire du nez ou des oreilles, que recouvre une peau fine et délicate.

Ce serait alors le caractère particulier de l'érysipèle ambulant; et c'est même d'après cette idée, mais sans y attacher l'importance d'une théorie positive, que nous avons essayé, dans le premier cas, l'application des ventouses scarifiées et des vésicatoires au centre des parties rubéfiées, à l'instar de ce qui se pratique pour l'érysipèle phlegmoneux. C'est pour satisfaire à l'opinion plus ancienne de l'indispensabilité des évacuans dans le traitement de l'érysipèle, que nous avons employé le tartre stibié, après avoir échoué par les évacuations sanguines. Mais n'ayant pas eu lieu de me féliciter de l'emploi de ces deux moyens chez Souto, je me suis abstenu de l'une et l'autre médication chez mademoiselle V....., avec d'autant plus de raison, que la constitution nerveuse de cette jeune personne les contr'indiquait directement.

Pour faciliter la concentration de la phlegmasie dans le point où elle se déclare, l'application des cataplasmes émolliens, trop généralement réprouvés par les auteurs, sur la foi de Fabrice d'Aquapendente, qui les condamne, aurait peut être eu plus de succès. Je me reproche même de ne les avoir pas employés d'une manière plus métho

dique, en les appliquant de prime-abord sur les oreilles, où la suppuration trouve plus de facilité à se former, et plus tard sur les parties saillantes où le tissu cellulaire abonde, comme les mamelles. Depuis que j'ai vu les cataplasmes de farine de graine de lin réussir parfaitement entre les mains de M. le professeur Tourdes, même dans l'érysipèle de la face, je l'ai employé sans crainte, et j'ai eu à m'en louer dans presque tous les cas. C'est même par ce moyen que je suis parvenu à borner en partie l'érysipèle qui s'était déclaré autour du vésicatoire de la jambe, chez mademoiselle V....., indépendamment de l'érysipèle principal qui avait parcouru les différentes parties du tronc et atteint la partie supérieure des cuisses. Là, des phlyctènes se sont formées, et l'étendue du mal a été limitée. Il en a été de même de l'érysipèle du bras, qui, accompagné de plus de douleur, de tension et de gonflement, ne s'est pas propagé, et a terminé en quelque sorte la maladie.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION,

RÉDIGÉ PAR MM. BOISSEAU, BOUILLAUD, BRICHETEAU, DEZEIMERIS ET GAULTIER DE CLAUBRY.

Recherches pour servir à l'histoire de l'œsophagite aiguë et chronique; par J. T. MONDIÈRE, *D. M. P., membre de la Société médicale d'Emulation, etc., etc.*

Depuis le commencement du siècle et surtout depuis les travaux qu'a fait naître la nouvelle doctrine médicale, les maladies de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif ont été étudiées dans toutes leurs nuances et dans toutes leurs variétés. Sur ce point la médecine a fait d'immenses progrès, et le diagnostic, l'étiologie et par conséquent le traitement de ces affections, éclairés enfin par une saine physiologie, ne laissent que fort peu à desirer sous le rapport pratique. C'est surtout aux travaux de M.M. Petit et Serres, Broussais, Bretonneau, Billard, Andral, Louis, Barras, etc., que la science est redevable de la vive lumière qui est venue éclairer des maladies si fréquentes, et sur lesquelles cependant on n'avait auparavant que les notions les plus vagues, et souvent aussi les plus fausses. Mais au milieu de cette profusion d'ouvrages publiés depuis vingt-cinq ans, sur les altérations pathologiques que peut subir le tube digestif dans sa portion inférieure, on est surpris de voir que l'on ait complètement oublié d'étudier les lésions de sa partie sus-diaphragmatique. Aucun traité spécial n'a paru sur cette partie de la science. Il existe cependant beaucoup de matériaux,

mais ils sont épars dans les collections académiques et les recueils périodiques, et personne, jusqu'à ce jour, n'a songé à les coordonner pour en former un ouvrage dogmatique. La pathologie du tube pharyngo-œsophagien est donc encore entièrement à faire. Consultant plutôt le désir d'être utile que nos forces, nous dirigeâmes nos recherches sur ce point de médecine, et nous en présentâmes quelques résultats dans notre dissertation inaugurale (1). Depuis nous avons soumis au jugement de la Société médicale d'émulation, quelques considérations tendant à faire connaître les accidens nombreux que détermine le séjour des corps étrangers dans l'œsophage. Aujourd'hui nous lui offrons ces recherches sur l'inflammation de ce conduit musculo-membraneux, nous proposant de traiter ainsi successivement les principaux points de la pathologie de cet organe, non dans l'espérance de remplir une lacune, mais seulement pour marquer le point où nous en sommes, engager les médecins à publier les faits qui pourraient agrandir ce sujet, et préparer ainsi des matériaux que l'on pourra plus tard mettre en œuvre pour en faire un édifice complet.

L'inflammation de l'œsophage peut avoir une marche aiguë ou chronique, se borner à la muqueuse ou envahir à la fois les trois tuniques; elle peut n'affecter que les follicules mucipares, la membrane interne restant tantôt intacte, et tantôt offrant une légère injection, en forme d'auréole autour des follicules enflammés; enfin revêtant un caractère spécial, elle donne quelquefois lieu à la sécrétion d'une lymphe susceptible de se coaguler. Notre intention n'est point d'étudier ici ces différentes espèces d'inflammation de l'œsophage: nous tracerons seulement

(1) *Recherches sur l'inflammation de l'œsophage, et sur quelques points d'anat. path. de cet organe.* Thèse. Paris, 1829, in-4.°, 44 pag.

l'histoire de l'œsophagite érythémateuse, aiguë et chronique, en suivant cette phlegmasie dans ses terminaisons et dans ses résultats.

L'œsophagite, ou inflammation de l'œsophage, décrite par les auteurs sous le nom de *dysphagie*, d'*angine*, d'*angine œsophagienne*, d'*œsophagitis*, d'*inflammatio gulæ*, quoique plus commune dans l'enfance, en raison de l'état de congestion dans lequel se trouve alors la partie supérieure du tube digestif, se rencontre encore assez fréquemment chez les adultes. Elle peut aussi affecter le fœtus pendant tout le cours de la vie intrà-utérine, comme l'ont démontré les recherches de M. Billard (1). Cette maladie est toujours sporadique, et nous ne croyons pas qu'on l'ait observé épidémiquement, à moins que ce ne soit comme complication dans l'angine ordinaire, dans l'angine scarlatineuse et membraneuse.

Causes. — Le jeune âge et l'adolescence y prédisposent. L'abus de certains médicamens paraît l'avoir fait naître quelquefois : le mercure (2), l'opium (3), l'iode (4), sont dans ce cas; mais les causes les plus ordinaires sont : la déglutition de substances âcres et corrosives, des acides concentrés, d'une eau bouillante ou très-froide quand le corps est couvert de sueurs; le passage des corps étrangers, soit qu'ils agissent en raison de leur volume, ou bien en raison de leur forme; d'autres fois elle est le résultat des tentatives que l'on répète sans ménagement, soit pour extraire, soit pour faire descendre dans l'estomac ces mêmes corps étrangers. A ce sujet, il ne sera pas hors de propos de faire remarquer que les individus

(1) *Maladies des nouveaux-nés*; Paris, 1828; in-8.°

(2) Hildenbrand, *Inst. Just. med. pract.*

(3) Gohier, *Journ. universel*, t. I.er, p. 237.

(4) Zink, de Lausanne, *Journ. compl.*, t. XVIII, page 132.

qui ont conservé pendant un certain temps un corps étranger dans l'œsophage, y éprouvent encore de la gêne et de la douleur, et conservent même la sensation de ce corps, bien qu'il soit déjà descendu dans l'estomac. Souvent l'œsophagite survient sans qu'on puisse reconnaître aucune cause spéciale. On l'observe assez fréquemment dans d'autres maladies (la rage, le tétanos, la fièvre jaune, la variole, etc.); d'autres fois l'inflammation s'étend de l'estomac à l'œsophage, mais bien plus souvent encore une phlegmasie de la partie inférieure du pharynx se propage plus ou moins bas dans l'œsophage. Dans une épidémie d'angine dont il est parlé dans les *Annales de Montpellier* (1), on observa cette complication chez un assez grand nombre de malades. Nous avons nous-mêmes éprouvé cet accident, comme nous le dirons plus bas. Cullen fait aussi mention d'une inflammation érysipélateuse de la membrane interne de l'œsophage, qui s'étend quelquefois jusqu'à l'anus : il n'est pas très-rare de voir ainsi l'inflammation parcourir toute l'étendue des membranes muqueuses; nous avons donné dernièrement des soins à une demoiselle âgée de 20 ans et bien réglée, qui, atteinte d'abord de larmoiement et de coryza, fut ensuite affectée d'angine tonsillaire, d'œsophagite, de gastrite, et enfin d'inflammation des intestins grêles et gros. Cet érysipèle interne, comme l'appelait Cullen, a la plus grande analogie avec celui dont parle de la Motte (2), et qui, débutant par le cuir chevelu, s'étendit au cou, puis aux épaules, à la poitrine, et parcourut ainsi toute l'étendue de la peau. La rétrocession de quelques phlegmasies cutanées a paru lui donner lieu dans certains cas, comme la scarlatine, la rougeole, etc.; M. Pinel fils l'a

---

(1) Tome IV, page 87.
(2) *Chirurgie*, tome I.er, page 404, in-8.°

vu succéder à cette dernière maladie (1). Le rhumatisme se fixe aussi quelquefois sur l'œsophage. On en trouve une observation dans le Journal-général. Le malade ressentait depuis trois jours des douleurs rhumatismales, auxquelles il était sujet, dans les muscles qui entourent la poitrine, lorsque tout-à-coup il éprouva, vers la partie moyenne de l'œsophage, un sentiment de constriction douloureuse, qui rendait la déglutition très-pénible. Les rapports entre cette dernière affection et celle des muscles se firent remarquer d'une manière assez exacte; elles s'accrurent en même temps, et se dissipèrent de même à la suite de sueurs abondantes. (Tome LII, page 161.) Un autre état pathologique, dont l'influence sur la production de l'œsophagite est niée par les uns et admise par les autres, c'est l'œsophagisme, ou le spasme de l'œsophage. Thomas Percival (2), Baillie (3), Ypey (4), Barras (5), etc., admettent que, pour peu que le spasme d'un organe creux, comme l'œsophage, l'estomac, les intestins, ait une longue durée, il peut produire l'inflammation de cet organe. Toujours est-il que cet effet de l'irritation nerveuse est loin d'être constant, et qu'il est besoin ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, d'admettre une disposition à l'irritation phlegmasique; car Zimmermann (6) est parvenu à dissiper, au moyen des calmans, un spasme de l'œsophage qui durait depuis cinq années, et que d'autres praticiens avaient déclaré incurable; et Schmidtmann (7) fait mention d'une

(1) *Recherches sur l'endurcissement du système nerveux*. Paris, 1822, in-8.°, page 16.

(2) *Med. trans.*, t. II, pag. 90.

(3) *Anat. pathol.*, 1803, in-8.°, pag. 97.

(4) *Journ. universel*, t. I.er, page 180.

(5) *Traité des Gastralgies*; 1.re édit., page 147.

(6) *Acta helvetica*; t. II, page 94.

(7) Barras, *loc. cit.*, page 141.

religieuse qui a été sujette à la gastralgie depuis son jeune âge jusqu'à sa 84.me année, sans que l'inflammation se soit développée.

Symptômes. — Les symptômes les plus constans de l'œsophagite sont : la chaleur, la douleur, le vomissement, le hoquet, le spasme, l'expuition de matières glaireuses, la soif, etc. Il convient d'examiner séparément chacun de ces symptômes pour en mieux étudier toutes les formes.

Et d'abord la douleur : elle est le premier signe de l'œsophagite : accompagnée et souvent précédée de chaleur et de sécheresse dans un des points du trajet parcouru par l'œsophage, cette douleur, d'abord légère, devient bientôt plus vive, augmente lorsque le malade parle ou exécute des mouvemens de déglutition, et est insupportable lorsque le bol alimentaire vient à franchir la partie enflammée; quelquefois elle ne se fait sentir que dans ce moment. Elle peut être assez vive pour que le malade évite de boire, quoique tourmenté par la soif. Le plus ordinairement fixe, elle peut successivement parcourir toute la longueur de l'œsophage. Ces formes particulières de la douleur, je les décrits d'après ma propre expérience. Donnant des soins à ma mère dans une maladie longue et cruelle, à laquelle elle succomba, je fus atteint d'une pharyngo-œsophagite intense, que je combattis par deux applications de sangsues, les cataplasmes émolliens, les pédiluves sinapisés, etc.; j'éprouvai une toux gutturale avec expuition difficile et douloureuse d'un mucus épais et visqueux; la douleur, fixée pendant quelques jours vers la partie supérieure du cou, à la hauteur du larynx, se fit de jour en jour sentir plus bas, parcourut ainsi toute l'étendue de l'œsophage, se fixa quelque temps dans un point correspondant à la partie inférieure du sternum, et dispa-

rût enfin vers le dixième jour. Je restai quatre jours sans pouvoir avaler ni solides, ni liquides; je trompais ma soif en tenant de l'eau fraîche dans la bouche ou en suçant de l'orange, et lorsque, vaincu par le besoin, j'essayai d'avaler une simple cuillerée de liquide, j'éprouvai, dans le point de l'œsophage actuellement enflammé, une sensation de brûlure et de déchirement dont il est difficile de se faire une idée. Vers le cinquième jour, je ne ressentis plus qu'une douleur supportable, mais long-temps encore je fus obligé de prendre les alimens presque froids.

La douleur, considérée ici comme symptôme, présente souvent des particularités qu'il est bon de connaître pour ne pas commettre de méprise. Ainsi, dès le début de l'inflammation, quelle que soit la partie de l'œsophage qui en soit le siége, la douleur est rapportée par les malades à la partie inférieure du pharynx; comme nous voyons ceux qui sont atteints de blennorrhagie ou de calcul vésical souffrir surtout à l'extrémité du gland. D'autres fois les malades la ressentent au larynx, à l'épigastre, entre les deux épaules. Dans un cas observé par M. Roche (1), la pression exercée immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, et dans ce point seulement, déterminait la sensation d'un corps qui remontait jusqu'à la gorge; et celle d'une douleur sourde étendue comme une corde de l'un de ces points à l'autre. M. Broussais (2) a également vu un malade atteint d'œsophagite, avoir la sensation d'une boule qui, de la région épigastrique, montait vers le larynx, où elle s'arrêtait.

Le hoquet dépend-il, comme le pense aujourd'hui le plus grand nombre des physiologistes, d'une contraction

(1) Roche et Sanson, *Pathol. medico-chirurg.*, tom. I.er, p. 454.

(2) *Annales* tome III, page 254.

involontaire et subite du diaphragme, et de l'introduction instantanée et bruyante de l'air dans les poumons par l'ouverture rétrécie de la glotte; ou bien, comme le voulait Boerrhaave (1), d'un mouvement convulsif de l'œsophage qui tire en haut l'estomac et le diaphragme, tandis qu'en même temps le diaphragme lui-même éprouve une convulsion qui le tire en bas? Il est vrai de dire que ce mouvement convulsif s'exécute si rapidement, qu'on ne saurait déterminer positivement les parties qui l'éprouvent. Cependant, s'il fallait adopter une opinion, nous serions porté à embrasser celle de Boerrhaave, et nous en chercherions les preuves dans la fatigue et même la douleur que l'on ressent dans le trajet de l'œsophage après un hoquet qui a duré quelque temps, et dans ses causes les plus fréquentes, comme la déglutition rapide du bol alimentaire, le volume trop considérable de ce même bol, ses propriétés irritantes, son arrêt dans l'œsophage, le passage d'un liquide très-froid quand le corps est échauffé, etc., etc. Quoi qu'il en soit, ce singulier phénomène a depuis long-temps été regardé comme symptôme de l'œsophagite; ainsi Van Swiéten, Hoffmann, etc., disent que le hoquet est souvent produit par la présence d'aphthes dans l'œsophage, avant qu'ils deviennent apparens dans l'arrière-gorge et dans la bouche. L'observation a depuis confirmé un grand nombre de fois cette étiologie. Nous ne savons jusqu'à quel point il conviendrait de regarder comme un signe que l'inflammation s'étend à l'œsophage, le hoquet qui survient assez souvent dans le cours des gastro-entérites intenses. Chez un individu qui succomba à une gastro-entérite aiguë entée sur une chronique, M. Broussais (2) trouva des traces

(1) *Aphorismes*, tome II, page 242.
(2) *Annales*, tome III, page 254.

d'inflammation dans l'estomac, l'œsophage et la plèvre diaphragmatique : outre les symptômes propres à la gastrite, le malade offrit un hoquet fréquent qui fut rapporté par ce médecin à l'inflammation de la plèvre diaphragmatique, et que nous croyons avoir appartenu plutôt à celle de l'œsophage. Nous nous appuyons sur ce que M. Andral (1), qui a publié un mémoire sur la pleurésie diaphragmatique, est loin de regarder le hoquet comme un signe fréquent, quoiqu'il l'ait observé quelquefois. Encore ici faudrait-il savoir si l'inflammation, occupant la plèvre diaphragmatique, ne se serait pas étendue jusqu'à l'œsophage; c'est ce que l'analyse des observations rapportées par M. Andral ne nous a pas permis de reconnaître. D'après ces considérations, nous regarderons le hoquet, sinon comme un symptôme constant de l'œsophagite, du moins comme existant dans un grand nombre de cas. Ajoutons que, dans deux cas à nous connus de plaie de l'œsophage par un instrument piquant (une épée), les malades furent tourmentés par le hoquet (Latour, *Traité des hémorrhagies*, T. I, p. 64 et 82.)

Si le spasme de l'œsophage constitue souvent une maladie essentielle, il est très-fréquemment aussi un symptôme de l'œsophagite. Tantôt il est continu; d'autres fois, et c'est le cas le plus ordinaire, la contraction spasmodique ne survient qu'au moment où le malade essaye d'avaler, et surtout lorsque les liquides viennent à toucher la partie phlogosée; alors la déglutition est complètement empêchée, et les boissons sont rejetées par la bouche et les narines par un mouvement convulsif de l'œsophage. Loin de nous l'idée de faire consister la rage communiquée dans l'inflammation de quelques follicules muqueux, comme l'a fait un auteur moderne (2). Mais nous savons, d'après

(1) *Archives de Méd.*, tome III, page 246.
(2) M. Aimé Grimaud, *Journal compl.*, tome XI, page 234.

un assez grand nombre d'observations, que ce spasme inflammatoire de l'œsophage se rencontre souvent dans cette terrible maladie, et nous ne serions pas éloigné de croire qu'il est une des causes les plus fréquentes, et constitue souvent à lui seul tout le caractère de ces hydrophobies spontanées dont parlent beaucoup d'auteurs. Entre autres observations qui viennent appuyer notre opinion, nous citerons celle rapportée par M. Pfeufer (1); elle nous paraît très-concluante.

L'expuition plus ou moins difficile et abondante de matières glaireuses s'observe toujours dans l'œsophagite, surtout lorsque l'inflammation a envahi, en même temps que la muqueuse œsophagienne, les cryptes qu'elle recouvre. Nous avons observé sur nous ce symptôme à un degré assez marqué, et comme, vers la fin de la maladie, les matières rejetées devinrent filantes et peu épaisses, nous nous demandâmes, si on ne devait pas regarder comme liés à l'existence d'une œsophagite sub-aiguë, ces flux d'un liquide limpide, visqueux, connu sous le nom de *pituite*, que certaines personnes rejettent le matin, plutôt par un mouvement de régurgitation que par un acte de vomissement. Dehaën (2), dans sa Dissertation sur les causes de la dysphagie, a déjà accordé quelque importance à ce symptôme. Assez souvent encore on observe des vomissemens glaireux continuels que l'autopsie a demontré ne pouvoir être, dans beaucoup de cas, rapportés à un état pathologique quelconque de l'estomac, circonstance qui vient détruire cette opinion, émise par le D.r Bouvenot (3), que jamais les affections de l'œsophage ne déterminent de vomissemens sympathiques. Dans le plus grand nombre

(1) *Archives de Méd.*, tome XI, page 126.
(2) *De deglut. imped. ratio med.*, tome VI.
(3) *Diss. inaug. sur le vomissement.* Paris, 1802, in-8°, p. 58.

des cas, il n'y a ni chaleur à la peau, ni fréquence du pouls; quelquefois cependant on observe des symptômes de réaction. Bleuland (1) rapporte que, quelques jours après la mort de son frère qu'il avait continuellement soigné pendant une scarlatine à laquelle il succomba, il fut pris d'inflammation au gosier, mais dans un point inférieur à celui qui est ordinairement affecté dans l'angine inflammatoire. Il éprouva une douleur très vive, une fièvre avec délire, et une impossibilité complète d'avaler. L'inflammation se termina par suppuration, et la fièvre et la douleur cessèrent dès que l'abcès fut formé. Constamment il existe une soif plus ou moins vive, symptôme d'autant plus fâcheux que les malades, quoique tourmentés par ce besoin si pressant, ne peuvent le satisfaire sans s'exposer à des douleurs souvent intolérables. Dans quelques cas on a observé une tuméfaction des parties latérales du cou; presque toujours une pression plus ou moins forte, exercée sur ces parties dans la direction de l'œsophage, augmente la douleur, ou la fait naître, et souvent détermine la toux, qui s'observe aussi, dans d'autres cas, sans qu'on soit obligé d'exercer de compression. Chez une personne atteinte de gastrite, et à laquelle on fit prendre une once d'huile de ricin, on observa trois et quatre jours après, outre les symptômes de la gastrite, une chaleur vive le long de l'œsophage jusqu'à l'estomac, avec envies fréquentes de tousser, et la sensation, dans l'arrière-gorge, d'un corps pulvérulent qui provoquait sans cesse le besoin d'avaler. A l'autopsie, on trouva quelques follicules de l'œsophage gonflés et sa membrane interne enflammée dans sa partie inférieure (1). M. Renauldin dit avoir ob-

(1) *Obs. anat. med. de sanâ et morbosâ œsophagi structurâ. Lugd. Batav.*, 1784; in-4.° *cum fig.*

(2) *Annales de la doct. phys.*, tome XVI, page 22.

servé que dans l'acte de la déglutition, le malade éprouve une sensation particulière, comme si le bol alimentaire voulait prendre un autre direction que celle de l'œsophage (1). L'inflammation peut encore déterminer un gonflement considérable dans un point quelconque de ce conduit; alors les alimens, qui passaient d'abord avec difficulté, ne peuvent plus franchir le siège du mal, et sont rejetés après un court séjour. Si l'obstacle se rapproche de l'orifice cardiaque, et pour peu que l'inflammation soit bornée, la déglutition se fait bien; mais parvenues à l'endroit enflammé, les substances solides se trouvent arrêtées, déterminent une vive douleur, qui correspond souvent à l'intervalle des omoplates, et s'accompagne du vomissement des alimens et d'abondantes mucosités visqueuses, mêlées quelquefois de stries de sang.

Nous avons cru devoir signaler et les symptômes de l'œsophagite qui s'observent constamment, et ceux que l'on ne rencontre que rarement, leur connaissance nous ayant paru propre à appeler l'attention du médecin sur l'existence de ces phlegmasies obscures de l'œsophage, qui sont si souvent suivies de désorganisations incurables, et c'est ici le cas de faire remarquer que, si la plupart des auteurs ont écrit que l'œsophagite chronique est beaucoup plus fréquente que l'aiguë, cela tient à ce que les symptômes de cette dernière étaient peu connus, ou n'étaient pas rapportés à leur véritable cause.

Nous avons dit en commençant que l'œsophagite était fréquente chez les enfans très-jeunes. Chez eux le diagnostic est toujours plus obscur que chez l'adulte; ce qui nous engage à noter les symptômes suivans, d'après quelques observations particulières : un état de malaise et de souffrance qui ne peut s'expliquer par la lésion d'aucun

---

(1) *Dictionnaire abrégé*, art. *OEsophagite*.

organe important; l'enfant refuse de boire, ou boit peu, et crie aussitôt après; le hoquet existe presque constamment, il y a des régurgitations fréquentes, et des vomissemens plus répetés que chez l'adulte. Enfin, un autre signe, donné par M. Billard, est le vomissement du lait qu'on fait boire à l'enfant, sans que la digestion ait eu le temps d'altérer ce liquide. Il conviendra encore de comprimer les parties latérales du cou, pour voir si on ne provoquerait pas les cris du petit malade.

Terminaisons. L'œsophagite peut se terminer par résolution, suppuration, ulcération et gangrène : mais trop souvent méconnue dans sa période d'acuité, ou attaquée par une médication trop peu active, elle passe à l'état chronique. Sous cette forme, nous la verrons produire les rétrécissemens, le cancer et plusieurs autres altérations.

La terminaison par résolution est la plus favorable et aussi la plus fréquente. Parmi les observations que nous avons rassemblées, comme offrant des exemples de cette terminaison, nous choisissons la suivante qui a été recueillie en 1819, dans le service de M. Lerminier, par le D.r Noverre.

Un homme de 56 ans, d'une forte constitution, est reveillé en sursaut, durant une nuit d'été, par une violente douleur fixée derrière le sternum, dans la direction de la ligne médiane de la poitrine; elle se calme bientôt et le malade se rendort. Mais au réveil, elle reprend avec plus d'intensité; il s'y joint de la fièvre, de la chaleur à la gorge; la déglutition est impossible, les boissons comme les alimens produisent par leur contact les angoisses les plus vives. Ces symptômes persistaient depuis huit jours, sans avoir été combattus par aucun traitement, lors de l'entrée du malade à la Charité. Voici quel était alors son état : peau chaude, halitueuse; pouls assez

large, développé en apparence, mais mou; face rouge, animée, exprimant l'inquiétude et la douleur; langue humide, rouge sur ses bords et vers sa pointe, chargée à la base d'un enduit gris-jaunâtre; sensation de chaleur et d'irritation dans l'arrière-bouche, où l'on n'aperçoit pourtant ni rougeur, ni tuméfaction; douleur des plus vives occupant la ligne médiane du cou et de la poitrine, dans la direction de l'œsophage, et qui paraît s'arrêter au cardia. Elle est accompagnée d'une sorte de spasme général et d'un état d'anxiété qui augmente d'une manière effrayante toutes les fois que le malade essaie d'avaler une gorgée de liquide, qui passe néanmoins après une longue suite d'efforts et de souffrances. (*Seize sangsues sur les parties latérales et inférieures du cou, tisane adoucissante, deux pédiluves sinapisés*). Le lendemain, 23 juillet 1819, faible diminution de la douleur; depuis deux jours, constipation. (*Saignée du bras de quatre palettes, douze sangsues au cou, limonade, lavement purgatif, deux sinapismes*). Le 24, soulagement marqué; le pouls est plus dur que le jour précédent. (*Douze sangsues au cou*). Même état. Le 25 (*saignée du pied, lavement purgatif*). Le 26, déglutition toujours pénible, mais s'exécutant sans douleur. (*Seize sangsues de chaque côté du thorax, pédiluves synapisés, trois bouillons*). Le 27 juillet, treizième jour de la maladie, cessation de la dysphagie, peu de jours après, guérison complète et sortie du malade (1).

Cette observation est pleine d'intérêt. Nous en ferons ressortir quelques circonstances importantes. 1.° Cette sensation de chaleur et d'irritation dans l'arrière-bouche, où l'on n'aperçoit cependant ni *rougeur*, ni *tuméfaction*. (*Voyez* ce que nous avons avons dit à l'article *diagnostic*, de cette douleur *sympathique*). 2.° Ce spasme général et

(1 *Bulletins de la Faculté de Médecine de Paris*, tome VI, 1819.

cette anxiété augmentant d'une manière effrayante par la déglutition des liquides. Nous n'hésitons pas à croire que, si le malade eût été d'une constitution nerveuse, on aurait alors vu apparaître chez lui toute cette série de symptômes donnés comme caractéristiques de l'hydrophobie spontanée. 3.° Enfin, les bons effets de la méthode antiphlogistique, qu'il a fallu employer avec énergie et persévérance, tant à cause de la violence de l'inflammation que du temps qui s'était écoulé depuis son invasion.

Lorsque l'inflammation est intense, et surtout bornée à une petite étendue de l'œsophage, il peut se former des abcès dans le tissu cellulaire qui unit la membrane muqueuse à la musculeuse. Cette terminaison n'est pas très-rare, et peut-être nous apparaîtrait-elle encore plus fréquemment, si l'abcès venant à s'ouvrir, le pus n'était avalé ou rejeté par le malade sans qu'il s'en aperçoive. Observons encore qu'ici nous n'entendons pas parler des abcès qui reconnaissent pour cause la présence d'un corps étranger, car ces cas sont très-fréquens, comme l'attestent les annales de la science.

Les faits suivans nous paraissent propres à faire connaître la marche que suit la maladie quand elle se termine par suppuration.

Un homme âgé de 40 ans, voyageant pendant les fortes chaleurs de l'été, et pressé par la soif, boit précipitamment de l'eau puisée à une source très-fraîche. Dès le soir, difficulté d'avaler accompagnée de douleur; les alimens s'arrêtent à la hauteur de la seconde pièce du sternum, et sont bientôt rejetés. Pendant six jours le malade ne réclame point les secours de la médecine; alors, toujours tourmenté par sa dysphagie, il appelle M. Bourguet, qui trouve le malade sans gonflement à la gorge, mais rejetant toujours les alimens peu de temps

après leur déglutition. Ce médecin ayant, sans aucun succès, employé les saignées, les sangsues, les émolliens, etc., se décida à explorer l'œsophage avec une bougie en cire, façonnée en olive à son extrémité. L'instrument ne put pénétrer au delà de l'endroit où le malade éprouvait de la douleur et où il sentait les alimens s'arrêter. L'opérateur employa un peu de force, vainquit la résistance et pénétra dans l'estomac. Il retira facilement la bougie, et avec elle une cuillerée à café de matière suppurée. Dès-lors le malade avala avec assez de facilité, et fut bientôt guéri (1).

Un fait analogue, mais qui donna lieu à des symptômes beaucoup plus graves, est celui que M. Barras a lu à l'Académie de Médecine en 1825. Esquissons rapidement les principaux traits de ce cas intéressant. Trois jours après un violent accès de colère, pendant lequel il se livra à de grands efforts musculaires, un homme robuste accuse une violente douleur sur le côté gauche du larynx, et se plaint de ne pouvoir avaler même les liquides. Vingt sangsues n'apportent aucun soulagement, les accidens s'aggravent, la déglutition devient tout-à-fait impossible, et dès-lors apparaissent une soif vive, une douleur très-forte au cou, de l'agitation, des convulsions, et tous les symptômes d'une forte congestion cérébrale. Deux saignées sont pratiquées, mais ce n'est que par l'application de 40 sangsues au cou et l'emploi de forts révulsifs, que l'on parvient à arrêter la marche de ces graves accidens. Le 6.e jour, on essaie, mais en vain, de faire pénétrer dans l'estomac une sonde; celle-ci est arrêtée à la partie inférieure du pharynx. On se borne alors à des collutoires pour étancher la soif, et à des lavemens de bouillon. Le 17.e jour, le malade rend tout-

(1) *Gazette de Santé*, 1823, page 221.

à-coup par la bouche et sans efforts quatre cuillerées d'un pus épais, sanguinolent, et d'une fétidité extrême. Cette expuition purulente dura quinze jours, la déglutition se rétablit peu-à-peu, et au bout d'un mois la guérison fut complète (1).

Les commissaires nommés par l'Académie pour faire un rapport sur cette observation, regardent comme probable que la cause de l'abcès a été la rupture de quelques-unes des fibres musculaires de l'œsophage, survenue dans les violens efforts musculaires auxquels s'était livré le malade pendant l'accès de colère qu'il avait éprouvé. Nous ne pouvons admettre cette explication. L'esprit en effet à peine à concevoir comment il se peut que des contractions musculaires, aussi énergiques qu'on veuille les supposer, aient pu réagir assez fortement sur les fibres de l'œsophage, pour opérer une rupture partielle de ce conduit. Si pareil accident devait arriver, on l'observerait bien plutôt dans ces vomissemens atroces qui arrivent à la suite de certains empoisonnemens; mais nous ne croyons pas qu'il existe de faits analogues, et nous avons prouvé, dans notre Dissertation inaugurale, que le seul cas bien avéré de rupture de l'œsophage dans l'acte du vomissement était celui rapporté par Boërhaave; encore le malade se trouvait-il dans des circonstances particulières (2).

---

(1) *Archives de Médecine*, tome X, page 134.

(2) Lorsque nous lûmes notre mémoire à la Société médicale d'Emulation, M. Bouillaud nous objecta que c'était peut-être à tort que nous n'admettions d'autre cas de rupture spontanée de l'œsophage, que le fait rapporté par Boërhaave, et que l'observation qu'il a publiée en 1823 (*) lui semblait, ainsi qu'une autre de M. Guersent (**) qu'il cite, appartenir au même ordre de faits. Nous avons relu l'observation de M. Bouillaud, et nous croyons devoir

(*) *Archives de Médecine*, tome I.er, page 531.

(**) *Bulletins de la Faculté de Médecine*. 1807, tome I.er.

Observons encore que ce ne fut que trois jours après son accès de colère, que le malade éprouva de la douleur, et que celle-ci est toujours subite et extrêmement vive dans les ruptures des fibres musculaires. D'ailleurs, qu'est-il besoin d'avoir recours à une semblable explication, pour se rendre compte de ce qu'éprouva le malade de M. Barras : qui n'a ressenti dans le fond de la gorge, après un accès de colère, même léger, de la sécheresse et de la douleur, premiers phénomènes de l'irritation ? Et si nous avons pu soutenir avec quelqu'avantage, que l'hydrophobie spontanée consiste assez souvent dans une simple pharyngo-œsophagite, ne pouvons-nous pas invoquer ici, pour soutenir notre opinion, les observations nombreuses d'hydrophobie spontanée provoquée par un accès de colère ? (Pouteau, Sauvages, Portal, etc.)

Une autre réflexion vient nous frapper : peut-être que si M. Barras eût eu connaissance de l'observation curieuse que nous devons à M. Bourguet, il n'eût point attendu

---

persister dans notre manière de voir, nous fondant principalement sur ce que l'estomac présentait quatre perforations dues bien évidemment au ramollissement gélatiniforme, et que dans l'œsophage on voyait une perforation semblable, outre la déchirure dont parle M. Bouillaud, déchirure qui a bien pu être déterminée par les efforts du vomissement, mais qui bien certainement aussi n'a eu lieu que parce que ce conduit participait à l'altération de l'estomac. Plus tard nous ferons voir, par de nombreux exemples, que le ramollissement gélatiniforme de l'estomac et celui de l'œsophage se rencontrent souvent chez les mêmes individus. Quant à l'observation de M. Guersent, elle avait laissé plus de doute dans notre esprit : mais dans une conversation que nous eûmes avec cet estimable médecin, alors que nous suivions sa clinique, nous acquîmes la certitude qu'elle appartenait encore au ramollissement, et cette opinion était partagée par M. Guersent lui-même, qui depuis a eu souvent occasion de voir des faits analogues (*).

(*) *Voyez* ce que nous avons dit à ce sujet dans notre Dissertation inaugurale, page 31.

la rupture spontanée de l'abcès, mais eût tenté de la pratiquer au moyen de la sonde. Il y fût sans doute parvenu, et aurait ainsi abrégé de quelques jours les souffrances du malade, et l'aurait soustrait aux dangers qui l'ont menacé. Appelé dans un cas semblable, nous n'hésiterions pas à répéter de temps à autre l'introduction d'une sonde conique.

L'œsophage peut être le siége de deux espèces d'ulcérations : l'une, qui est le résultat d'une altération particulière des follicules muqueux, et dont nous ne devons point nous occuper ici; et l'autre, qui succède à un travail franchement inflammatoire.

Ces dernières peuvent se développer à tous les âges, et même chez les enfans encore contenus dans le sein de leur mère. M. Billard (1) a rencontré, chez un enfant mort trente-six heures après sa naissance, deux ulcérations à la partie supérieure de l'œsophage : elles étaient longues de trois à quatre lignes. Le même médecin en a observé une près le cardia, chez un enfant de six jours, qui eut des régurgitations fréquentes, des vomissemens glaireux, puis de matières vertes très-liquides.

Cette terminaison de l'œsophagite n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser : elle a été vue par Cardan, Gordon, Ambroise Paré, Riolan, Sennert et quelques autres médecins modernes. Jos. Bapt. Palleta (2) en a observé un cas bien intéressant, que nous traduisons ici. Une jeune fille de la campagne, âgée de vingt et quelques années, bien réglée, fut prise, dans l'année 1793, d'une vive douleur au gosier, accompagnée de difficulté de respirer et surtout d'avaler. On sentait de la tuméfaction sur les parties latérales du larynx. La malade expec-

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *Exercit. path.*, 1820, in-4.°, page 228.

tora des matières *arrondies* et purulentes; les accidens allèrent en augmentant, et elle succomba au bout d'un mois, après avoir fait usage du mercure, de la scille, de la diète lactée, etc. A l'autopsie, Palleta trouva, à la partie antérieure de l'œsophage, un vaste ulcère grisâtre, qui commençait un peu au-dessous du larynx, et qui n'affectait que la membrane muqueuse; la musculeuse était évidemment hypertrophiée. La paroi postérieure était saine.

Les symptômes qui peuvent faire reconnaître les ulcérations de l'œsophage sont les mêmes que ceux de l'œsophagite simple; seulement les douleurs sont plus vives, surtout pendant l'acte de la déglutition; il y a encore des vomissemens de matières glaireuses, diversement colorées et même sanguinolentes. Dans un cas on observa une grande difficulté, et souvent une impossibilité absolue d'avaler les alimens solides; les liquides passaient, pourvu que le malade en prît un certain volume à la fois. Pendant les trois derniers mois, il y eut aussi une salivation abondante (1). Ce symptôme n'est pas rare, mais il n'est jamais plus marqué que quand l'ulcération occupe la partie supérieure de l'œsophage. Une malade dont nous a parlé un de nos confrères, M. Robouam, et qui succomba à une ulcération de l'œsophage située près le cardia, se plaignit, pendant toute la durée de sa maladie, qui fut de quatre mois, d'un sentiment de brûlure qu'elle rapportait à la partie supérieure de la région épigastrique. Il lui semblait, disait-elle, qu'un fer rouge était continuellement appliqué sur cette partie. Enfin, il faut noter ce rejet de globules arrondis et purulens, que M. Leroux a également observé dans un cas de cancer ulcéré de l'œsophage (2).

(1) *Medical Communications*. Tome I.er

(2) Nous croyons devoir faire observer que ce que nous venons de

L'œsophagite peut aussi se terminer par gangrène ; on pourrait même croire cette terminaison très-fréquente, si on s'en rapportait aux observations que renferment les *Annales* de la Science. Mais si on les lit avec attention, on ne tarde pas à voir que la plupart, incomplètes et mal décrites, laissent des doutes sur leur véritable nature, et que d'autres appartiennent à une altération pathologique, dont nous nous occuperons plus tard, c'est-à-dire au ramollissement gélatiniforme. Tel nous paraît être, entre autres, le cas communiqué par M. Serres (1). C'est celui d'une jeune femme nouvellement accouchée, qui succomba à une péritonite puerpérale ; et l'on sait, depuis les travaux de notre célèbre Chaussier, combien est grande l'influence des couches sur le ramollissement gélatiniforme de l'estomac et de l'œsophage. Nous ne pensons pas non plus que la gangrène de cet organe soit toujours le résultat d'une vive inflammation. Elle paraît, dans certains cas, reconnaître une cause interne, comme chez l'enfant dont parle M. Dugès (2). La gangrène débuta par la voûte palatine, et s'étendit à l'œsophage, dont la muqueuse fut trouvée parsemée, dans toute son étendue, de plaques épaisses, molles, irrégulières, d'une couleur grisâtre et d'une odeur repoussante. Ne serait-ce point encore à une action spéciale de l'agent délétère qu'il faudrait rapporter ce cas de gangrène de l'œsophage, observé sur un individu mort par suite d'empoisonnement par les champignons (3) ?

La difficulté de reconnaître pendant la vie la gangrène de l'œsophage nous engage à rapporter les deux observations suivantes, qui pourront éclairer le diagnostic.

---

dire ne s'applique point aux ulcérations de l'œsophage qui succèdent aux altérations des follicules muqueux.

(1) *Revue médicale*, tome X, page 166.

(2) *Nature de la fièvre*, vol. II, page 432.

(3) Orfila, *Méd.-lég.*, vol. III, page 339.

Un homme âgé de 60 ans, après avoir éprouvé des frissons, des douleurs vagues dans le dos puis à la gorge, avec difficulté de respirer, offrit de la tuméfaction sur les parties latérales et antérieure du cou : des sangsues et des cataplasmes le soulagèrent, mais trois jours après on observa les symptômes suivans : langue sèche et sale, soif, anorexie, douleur dans l'arrière-bouche ; déglutition douloureuse, sans inflammation apparente; larynx douloureux au toucher, tuméfaction du cou ; pouls petit, faible et intermittent ; prostration des forces ; enfin, mort le onzième jour. L'œsophage était gangréné depuis sa partie supérieure jusqu'à un pouce au-dessus du cardia, dans toute son épaisseur, et particulièrement à sa face interne (1).

Un enfant de seize mois, rachitique, entre à l'infirmerie pour un *herpes labialis* survenu après une rougeole très-bénigne. Quelques jours après, vomissemens assez fréquens, surtout après avoir mangé; éructations acides, pouls lent et petit, pâleur générale, dégoût pour les alimens ; état continuel d'abattement, sans plaintes, sans cris, sans agitation. Ces symptômes persistèrent quelque temps; mais vers la fin de la vie, les vomissemens devinrent moins fréquens, et les matières vomies étaient muqueuses et mélangées de flocons blanchâtres; le pouls, toujours petit et faible, s'accéléra un peu; bientôt il n'y eut plus que des éructations sans vomissement, l'amaigrissement fit des progrès rapides, et le malade succomba sans avoir présenté de symptômes plus marqués que ceux que nous avons indiqués.

Autopsie. — Décoloration générale, marasme complet; bouche saine; taches grisâtres et molles, environnées d'un cercle rouge vif, sur les piliers du voile du

---

(1) *Journal de Leroux, Boyer, Corvisart*, vol. XIV, page 323.

palais, sur les côtés de la glotte et le long de l'œsophage, dont la muqueuse est réduite en larges escarrhes irrégulières, d'une couleur de suie, s'enlevant par lambeaux, et laissant entre elles des intervalles d'un rouge vif et de profondes excoriations qui traversent presque l'épaisseur de l'œsophage, qui répand évidemment l'odeur de gangrène. L'estomac présente seulement des stries rouges. L'intestin grêle est pâle. Ce fait, que nous empruntons à M. Billard, a été représenté dans la planche troisième de l'atlas dont il a enrichi son ouvrage sur les maladies des nouveau-nés.

Ainsi, nous trouvons pour symptômes principaux : la douleur, la tuméfaction du cou, les éructations, les vomissemens, qui deviennent de plus en plus rares et cessent tout-à-fait vers la fin de la maladie, alors que l'œsophage ne peut plus entrer en contraction; un pouls petit, faible, intermittent, et une prostration considérable des forces, qui ne peut s'expliquer par la lésion d'aucun organe important. Quoiqu'il n'en soit pas fait mention dans les observations que nous venons de rapporter, nous pensons que l'haleine des malades doit exhaler une odeur gangréneuse, nous appuyant sur ce que, dans les efforts de vomissement, les animaux avalent de l'air en quantité considérable (1), et sur les expériences du docteur Plagge (2), qui prétend qu'il s'opère une espèce de respiration dans le canal intestinal. Selon cet expérimentateur, si on met à découvert, sur un animal vivant, la trachée-artère et l'œsophage, on voit que les mouvemens de ces deux organes s'opèrent en même temps; que, par conséquent, ils servent alternativement à faire entrer et sortir l'air; en un mot, que l'œsophage aspire tout aussi bien que la trachée-artère.

(1) Magendie, *Mémoire sur le vomissement.* Paris, 1813.
(2) *Journ. compl.*, vol. II, page 322.

Anatomie pathologique. — Chez les individus qui ont succombé pendant le cours d'une œsophagite simple, on trouve la membrane muqueuse rouge, injectée, soit uniformément, soit par plaques, offrant des stries sanguines, des arborisations, et couverte d'épaisses et d'abondantes mucosités, signes irrécusables de l'inflammation de toute muqueuse. Outre cette rougeur, qui varie depuis le rose pâle jusqu'au rouge brun, on trouve la muqueuse, tantôt épaissie, tantôt ramollie, et se déchirant à la moindre traction; le tissu cellulaire sous-muqueux est tantôt friable, et tantôt œdémateux; une fois on a trouvé une exsudation sanguine, mais comme en même temps elle existait dans l'estomac, il est difficile de dire si le sang n'avait pas reflué de cet organe. Le plus ordinairement l'épithélium est entièrement détruit ou enlevé par larges lambeaux, au niveau desquels est étendue une matière jaunâtre, semblable à celle rejetée par le malade : cette destruction de l'épithélium s'observe surtout chez les enfans.

Lorsque l'inflammation a donné naissance à des ulcérations, on trouve celles-ci uniques ou multiples, affectant différentes formes, occupant tantôt la partie inférieure, et plus souvent la partie supérieure et postérieure de l'œsophage. Ordinairement d'une petite étendue, elles peuvent avoir plusieurs pouces de long; leurs bords sont taillés à pic, épais, rouges, saignans; leur fond, gris ou jaunâtre, est formé tantôt par le tissus sous-muqueux, tantôt par les fibres musculaires, qui sont souvent hypertrophiées; d'autres fois, toutes les tuniques sont détruites, et le fond de l'ulcère se trouve alors formé par quelque organe voisin avec lequel l'œsophage a contracté des adhérences. Tel est le cas rapporté par M. Scoutetten (1), dans lequel la face antérieure d'une vertèbre

(1) *Diss. inaug.* Paris, 1822; in 4.°, page 22.

fermait l'ouverture et empêchait l'épanchement des liquides dans la cavité de la poitrine. Autour des ulcérations on observe presque toujours une auréole inflammatoire plus ou moins étendue et d'un rouge carmin; il est rare aussi que divers points de la muqueuse ne présentent pas des traces plus ou moins profondes d'inflammation.

Quant à l'état de l'œsophage, lorsqu'il est frappé de gangrène, nous ne croyons pas devoir répéter ce que nous en avons dit plus haut.

Traitement. Le traitement de l'œsophagite légère doit consister dans la privation d'alimens solides et des boissons stimulantes; l'usage de liquides doux, mucilagineux et donnés à une température peu élevée. Le malade doit s'abstenir de parler, par ce que les mouvemens de la langue se propagent à l'œsophage, et tendent encore à l'irriter; au reste la douleur force souvent le malade à garder le silence, c'est ce que nous éprouvâmes quand nous fûmes atteint de pharyngo-œsophagite. A ces moyens il faut joindre les cataplasmes émolliens autour du cou, les bains de pied sinapisés, les légers dérivatifs sur le tube intestinal. Le malade trompera sa soif au moyen de l'orange, de l'eau froide et légèrement acidulée.

Mais si l'inflammation fait des progrès, ou si dès le principe elle s'annonce par des symptômes intenses, ces moyens seuls ne peuvent plus être suffisans, et on doit seconder leurs effets par une et même deux saignées, si les forces du malade le permettent. Fréd. Hoffmann voulait que dans l'inflammation de la partie supérieure de l'œsophage, on pratiquât une saignée du bras, puis l'ouverture de la veine sous-linguale; ce dernier moyen qui avait déja été mis en usage dans l'antiquité, (voy. *Cœlius Aurelianus*), a été tout récemment encore proposé par M. Janson, de Lyon. Mais c'est surtout aux évacuations

sanguines locales qu'il faut avoir recours : on peut les pratiquer, soit au moyen des sangsues, soit au moyen des ventouses. Hildenbrand, qui a consacré un assez long article à l'œsophagitis dans ses *Institutiones practico-medicæ*, ne veut pas que l'on emploie les ventouses, dans la crainte que l'irritation qu'elles déterminent ne soit pas détruite par l'écoulement du sang auquel elles donnent lieu. Si nous ne conseillons pas ce moyen, c'est uniquement parce que l'application des ventouses sur les parties latérales et antérieure du cou est difficile, et ne peut être faite sans que l'on exerce une compression qui doit gêner la respiration et augmenter les souffrances du malade. C'est donc aux sangsues que l'on doit avoir recours : on en applique, depuis douze jusqu'à trente, sur les parties latérales du cou, et l'on y revient tant que l'inflammation persiste, ou si elle menace de passer à l'état chronique. C'est alors surtout qu'il convient d'insister sur les révulsifs, comme pédiluves, purgatifs, sinapismes, vésicatoires : Bleuland a employé ces derniers avec succès, en les plaçant entre les épaules, *loco dolenti;* et si ces moyens restaient infructueux, il ne faudrait pas hésiter à appliquer un ou plusieurs moxas, le plus près possible du point affecté. C'est par un traitement énergique et continué avec persévérance que l'on préviendra ces altérations chroniques et profondes de l'œsophage qui sont constamment mortelles.

Chez les enfans à la mamelle, il peut souvent encore être utile d'employer les sangsues au nombre de deux à quatre. On doit, comme le conseille M. Billard, ne les faire boire qu'à la température du lait sortant du sein de la mère; les faire téter ou boire peu à la fois, s'ils vomissent après avoir bu; faire usage de cataplasmes autour du cou; établir sur les intestins une légère irritation, soit au moyen de quelques grains de calomel, soit en administrant des petits lavemens de lait sucré.

Dans un second article nous traiterons de l'œsophagite chronique, en nous attachant surtout à l'histoire des rétrécissemens de l'œsophage, et à la juste appréciation de deux méthodes thérapeutiques employées plusieurs fois avec succès, et condamnées cependant par la plupart des auteurs modernes; nous voulons parler de la dilatation et de la cautérisation.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

Ramollissement cérébral borné a la couche optique droite, et paralysie de tout le coté opposé du corps. — Une jeune fille de dix ans, faible, chétive, depuis long-temps mal nourrie et maltraitée chez ses parens, était sujette depuis un an à des céphalalgies passagères. Tout-à-coup, le 10 octobre, sans cause connue, elle est prise d'un étourdissement suivi d'une céphalalgie intense et de l'immobilité complète de tout le côté gauche du corps. Le 11, elle est conduite à l'hôpital des Enfans, service de M. Guersent, et présente l'état suivant : coloration jaune-pâle des tégumens; pâleur extrême de la face rétractée à droite; air d'abattement; paralysie complète des mouvemens de la face et des membres supérieur et inférieur du côté gauche du corps. La sensibilité de ces parties ne paraît point altérée; céphalalgie intense; facultés intellectuelles intactes, réponses lentes, mais nettes; respiration suspirieuse, légère toux sans râle; langue humide, non déviée; ventre indolent; nulles selles depuis deux jours; pupilles largement dilatées; pouls fréquent et développé. (*Douze sangsues derrière les oreilles; calomélas, 9 grains en trois doses; lavement purgatif; diète.*) Après diverses variations dans les symptômes accessoires, pendant les jours suivans, où l'on prescrivit des ventouses scarifiées à la nuque, des vésicatoires, des sinapismes, des lavemens purgatifs, un séton à la nuque, les membres paralysés étaient dans le même état. Le 29 octobre, le bras paralysé s'infiltre, la faiblesse générale augmente rapidement; pâleur extrême des tégumen ; altération des traits. (*Mauve avec acétate d'ammoniaque.*) Quelques douleurs de ventre firent suspendre pendant un jour ce médicament;

on le reprit le 1.er novembre. Le 2 au matin, une hémorrhagie abondante eut lieu par les surfaces des vésicatoires des jambes. L'enfant perdit quatre ou cinq onces d'un sang séreux qui s'écoulait par nappe. Légère hémorrhagie à la surface des lèvres, faiblesse extrême ; plaintes continuelles. L'hémorrhagie fut suspendue par des topiques styptiques et par la compression. Dans la nuit suivante, la malade se frappa la tête contre le bord de son lit, et se fit une légère plaie au front. Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'on arrêta par la compression l'effusion du sang. Mais ces hémorrhagies avaient épuisé le sujet, qui s'éteignit deux heures après.

Autopsie 42 *heures après la mort*. — Décomposition du cadavre assez avancée; l'épiderme se détache sur tout le tronc. Infiltration rosée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la base du cerveau. Membranes sans adhérence morbide avec la substance grise; tissu du cerveau ferme et résistant. Substance grise, pâle et décolorée. Cloison des ventricules et voûte à trois piliers molles, non diffluentes, ayant conservé leur forme; très-peu de sérosité dans les ventricules. Légères adhérences du plexus choroïde du côté droit avec la couche optique, et de celle-ci avec la voûte à trois piliers. Toute la couche optique droite est molle et réduite à une espèce de bouillie de couleur café au lait, au centre de laquelle se trouvent deux petites masses plus denses, de couleur grisâtre, de la grosseur d'un pois, ayant l'aspect de tubercules ramollis. Le ramollissement s'étend jusqu'à une ligne des tubercules quadrijumeaux, en suivant le trajet des racines du nerf optique. Les corps striés et les autres parties du cerveau ne paraissent s'éloigner en rien de l'état normal. La moelle est un peu molle; ses membranes sont saines. Les autres organes ne présentèrent que peu ou point de lésions remarquables. Seulement plusieurs ganglions bronchiques sont très-développés et contiennent des tubercules crus. — Cette observation est contraire à l'opinion de ceux qui pensent que la paralysie des membres inférieurs tient à une affection des corps striés. (*Journ. univ. hebd.*, t. I.er, N.o 10.)

Hémicranie due a la présence d'un scolopendre dans un des sinus frontaux. — *Obs. de M. Maréchal fils.* — Depuis plusieurs mois une fermière des environs de Metz, âgée de 28 ans, ressentait dans les narines un fourmillement très-incommode, accompagné d'une sécrétion abondante de mucus nasal, lorsque, vers la fin de 1827, de fréquens maux de tête vinrent s'ajouter à ces symptômes. Les douleurs, supportables dans les premiers momens, prirent bientôt de l'intensité, et se renouvellèrent par accès. A la vérité, ces accès n'avaient rien de régulier dans leur retour ni dans leur durée. Ils débutaient ordinairement par des douleurs lancinantes, plus ou moins aiguës, occupant la racine du nez et la partie moyenne du

front, ou par une douleur gravative qui s'étendait de la région frontale droite à la tempe et à l'oreille du même côté, puis à toute la tête. L'abondance des mucosités nasales forçait la malade de se moucher continuellement. Ces mucosités, fréquemment mêlées de sang, avaient une odeur fétide. A cet état, s'ajoutaient souvent un larmoiement involontaire, des nausées et des vomissemens. Quelquefois les douleurs étaient tellement atroces, que la malade croyait être frappée de coups de marteau, ou qu'on lui perforait le crâne. Alors les traits de la face se décomposaient, les mâchoires se resserraient, les artères temporales battaient avec force; les sens de l'ouïe et de la vue étaient dans un tel état d'excitation, que la lumière et le moindre bruit devenaient insupportables. D'autres fois, la malade éprouvant un véritable délire, se pressait la tête entre les mains, et fuyait sa maison, ne sachant plus où trouver un refuge. Ces crises se renouvellaient cinq ou six fois dans la journée et autant dans la nuit : une d'elles dura quinze jours, presque sans interruption.

Aucun traitement méthodique ne fut employé; enfin, après une année de souffrance, cette maladie extraordinaire fut subitement guérie par l'expulsion au travers de la narine, d'un insecte qui, jeté sur le plancher, s'agitait avec rapidité et se roulait en spirale. Placé dans un peu d'eau, il y vécut plusieurs jours, et ne périt que lorsqu'il fut mis dans de l'alcohol. Cet insecte ayant été apporté de suite à M. Maréchal fils, il constata qu'il avait deux pouces trois lignes de longueur, sur une ligne de largeur; qu'il portait deux antennes; que son corps, de couleur fauve, applati tant en dessus qu'en dessous, était composé de soixante-quatre anneaux armés chacun d'une paire de pattes. Qu'à ces caractères il était évident que cet insecte était une *scolopendre*, de la famille des myriapodes. L'ayant remis à MM. Hollandre et Roussel, pour en déterminer l'espèce, ces entomologistes reconnurent que l'insecte réunissait les principaux caractères que Fabricius, Linné et Latreille assignent à la *scolopendre électrique*.

M. Maréchal rappelle quelques-uns des auteurs qui ont cité des exemples analogues, et il fait remarquer que la plupart de ces observations manquent de détails suffisans pour en déduire l'histoire générale des symptômes qui se manifestent dans ce cas. Mais il n'en est pas de même de deux faits rapportés par Littre et Malouet, dans *l'Hist. de l'Acad. R. des Sc. de Paris*, an. 1708, page 42; *ibid.* 1735, page 25. Dans ces deux observations, où toutes les circonstances essentielles sont mentionnées avec soin, on trouve, comme dans celle de M. Maréchal, 1.° qu'à des fourmillemens incommodes dans les narines, succède une douleur plus ou

moins vive partant toujours d'un point fixe (la racine du nez ou la région frontale), pour de là s'étendre vers l'œil, l'oreille, les tempes, et provoquer les autres accidens sympathiques dus à l'ébranlement du système nerveux; 2.° que la douleur présente des rémissions et des redoublemens dépendans sans doute des mouvemens de l'insecte; 3.° qu'il existe un écoulement presque continuel d'un mucus abondant, fétide, et souvent mêlé de sang.

Quand on verra ces symptômes réunis, on aura des motifs plausibles de soupçonner la présence d'un ou de plusieurs insectes dans les sinus. En conséquence, après avoir employé sans succès les sternutatoires, les fumigations, les injections huileuses, il conviendra de faire des injections plus actives, soit avec une solution de deuto-chlorure de mercure, soit avec la liqueur de Labarraque. Si enfin ces derniers moyens, employés méthodiquement et avec persévérance, n'ont aucun résultat avantageux, on pourra alors, sans être accusé de témérité, recourir à la trépanation des sinus. Cette opération sera suffisamment justifiée par le danger que courent les malades, puisqu'au rapport de Pozzi et de Schneider, deux individus eurent un délire maniaque qui ne cessa qu'après l'expulsion des vers, et d'autres observateurs affirment que la mort a quelquefois été la suite d'une maladie aussi douloureuse. (*Compte rendu des trav. de la Soc. des Sc. méd. de la Moselle*, par M. Scoutetten; 1830.)

Hématopédésis (sueur de sang) **coincidant avec des accès d'hystérie.** — *Obs. par M. Chauffard.* — Une fille âgée de 21 ans, petite, sanguine, irrégulièrement menstruée, à cerveau peu développé, d'esprit faible, paresseuse et opiniâtre, portée à la vie contemplative, était chagrinée par ses parens pour avoir abjuré le protestantisme. Elle s'enfuit de la maison paternelle, alla chercher un asile chez plusieurs personnes, et fut enfin mise à l'hôpital; elle avait alors des attaques d'hystérie qui se manifestaient par des convulsions générales, par une exquise sensibilité des régions pubienne et hypogastrique, etc. Lorsque l'attaque d'hystérie était violente et se prolongeait pendant vingt-quatre à trente-six heures, la malade entrait dans une sorte d'extase caractérisée par les yeux fixes, sans apparence d'intelligence, et par des mouvemens nuls et automatiques. Elle murmurait parfois des prières, et une sueur de sang se manifestait sur les pommettes et à l'épigastre; le sang s'échappait par gouttes ténues, et tachait le linge. Tout le système cutané était injecté dans la partie qui était le siège de cette hémorrhagie, la peau y était d'un rose vif et couverte d'arborisations vasculaires. Ce phénomène se renouvelait toutes les fois que la catalepsie hystérique durait longtemps, ou s'exaltait par l'impatience de la malade. Ces accidens durèrent trois mois;

ils furent combattus d'abord sans succès par des saignées locales autour de la tête et des organes sexuels; ils cédèrent assez rapidement aux saignées révulsives et à des topiques révulsifs. (*Transact médic.* Tom. II, nov. 1830.)

Dégénérescence lardacée du poumon gauche. — *Obs. par le docteur Elwert.* — Une cuisinière robuste, âgée de 20 ans, et qui disait ne jamais avoir été malade, se plaignit, le 5 mai 1821, de douleurs dans les bras, les jambes et la poitrine, et de légers accès de toux. Son médecin lui administra d'abord des sudorifiques, et plus tard du nitrate de potasse et du calomélas. La maladie céda au bout de quinze jours; mais cette fille ayant récuré une chambre, tous les symptômes reparurent avec plus d'intensité. La douleur se concentrait principalement dans le côté gauche de la poitrine; la toux était plus forte, la fièvre accompagnée de sueurs copieuses, et la soif très-vive. La dyspnée augmenta, et la douleur se fixa dans la mamelle gauche; on crut qu'un abcès allait s'y former, et en conséquence on fit d'abord des fomentations, puis on incisa sans trouver de pus; l'état de la malade restait le même. Le docteur Elwert fut appelé le 2 juin. Il trouva la malade très-inquiète, ayant la figure couverte d'une sueur froide; des accès de suffocation se manifestaient de temps en temps, et étaient suivis de syncope. Pouls petit, dur, à 110 pulsations. Le docteur Elwert croyant avoir affaire à une affection inflammatoire de la plèvre, du poumon, et peut-être du cœur, accompagnée d'épanchement, prescrivit une saignée, des vésicatoires, des frictions mercurielles, et l'usage à l'intérieur du mercure doux et de la digitale. Ce traitement amena quelque amélioration qui ne fut cependant que de courte durée. Au bout de quelques jours la malade mourut, après avoir eu pendant trente-six heures les plus terribles accès de suffocation, sans perte de connaissance.

A l'ouverture du cadavre, on trouva deux livres de sérosité limpide dans le côté droit de la poitrine; le poumon de ce côté ne présentait rien d'anormal, mais le poumon gauche était transformé en une substance lardacée, luisante, qui remplissait presque toute la cavité gauche du thorax; la plèvre costale du même côté était changée en une masse lardacée, jaune, épaisse de neuf lignes; cette partie dégénérée, qui n'adhérait point au poumon, commençait à la première côte, et s'étendait jusqu'au diaphragme, où elle se perdait dans la partie aponévrotique de ce muscle. Le poumon malade formait une masse égale, sur laquelle on distinguait à peine la division en lobes; à sa partie inférieure, cependant, on trouva une portion de deux pouces d'étendue, qui ne paraissait que fortement hépatisée et contenait encore un peu de sang. A deux pouces de profondeur le tissu du poumon était moins altéré, et avait conservé sa texture,

celluleuse. Tous les canaux bronchiques qui pénétraient dans la partie lardacée du poumon étaient aplatis et formaient comme des cordons tendineux. L'artère et les veines pulmonaires gauches étaient presque complètement obstruées. Le péricarde contenait six à huit onces de sérosité, et était recouvert d'une couche de graisse épaisse de neuf lignes. Le cœur était très-petit, pâle et facile à déchirer. (*Furt's magazin*, 1830, tom. XXXI, I.er cahier.)

Pneumatose intestinale. — *Observ. par le docteur Touzet.* — Un homme, âgé de 48 ans, d'un tempérament nerveux, après une alimentation énorme de pain et de fèves fraîches, avait éprouvé des douleurs vives et déchirantes dans la région hypocondriaque droite. Ces douleurs, augmentant par intervalles, s'accompagnaient de l'abattement et de la pâleur de la face, et étaient suivies d'une prostration profonde des forces. En vain les sangsues, les bains de siége, le sulfate de soude, l'eau glacée, avaient été mis en usage. Les douleurs, un instant calmées, se réveillaient avec plus de violence; le ventre était constamment ballonné, et, si le malade éprouvait par momens un peu de soulagement plus marqué, il le devait à de fréquentes éructations qui semblaient diminuer l'intensité du mal. C'est dans cette situation, et lorsque déjà les accidens étaient arrivés à un tel point de gravité que l'on craignait pour les jours du malade, que le docteur Touzet eut recours au moyen suivant: après avoir fait prendre un lavement vinaigré, il introduisit dans l'anus une canule de quatre lignes de diamètre, en comprimant en même temps les points de l'abdomen les plus tendus et les plus douloureux. Des gaz s'échappèrent aussitôt sans interruption, et procurèrent un soulagement considérable. La canule fut maintenue en place par un appareil convenable, et, au moyen de la compression faite à l'aide d'une pelotte et d'un bandage de corps, les gaz continuèrent à sortir en quantité: dès le lendemain, le malade ne ressentait plus aucune douleur. Des cordiaux administrés avec prudence, et un régime analeptique rétablirent bientôt les forces et la santé. (*Compte rendu de la Soc. R. Méd. etc., de Toulouse*; 1829).

Imperforation de l'anus avec déviation singulière de l'intestin. — *Observations recueillies par le docteur Fristo, de Sierck.* — *Obs.* I.re Le 10 mars 1823, le docteur Fristo fut appellé dans le village de Rustroff, pour examiner un enfant nouveau-né, du sexe masculin, sur l'état duquel courait les bruits les plus absurdes. Voici les particularités qu'il présentait; il était petit, maigre, ayant la peau excoriée presque partout. La tête était fort alongée, conique, les globes oculaires très-saillans, et les pupilles dirigées en bas et en dedans: le nez tellement aplati qu'il paraissait manquer. L'une des narines était imperforée, et l'autre était très-rétrécie, pouvant au plus admettre une

tête d'épingle; il existait un double bec de-lièvre avec scission large et complète des os maxillaires et palatin; poitrine bien conformée : à la région lombaire, plaie fistuleuse, large comme un sou, l'anus imperforé.

Cet enfant ne vécut que quelques heures, et l'autopsie fit reconnaître la disposition suivante. Le rectum formait un ligament solide sans cavité, jusqu'à la hauteur de la plaie extérieure de la région lombaire. Là, ce cordon ligamenteux faisait corps avec la cinquième vertèbre lombaire. Cette vertèbre était perforée obliquement, dans l'épaisseur de son corps, d'une ouverture assez large et régulière, à laquelle correspondait une anse du colon iliaque qui s'ouvrait à l'extérieur, et se continuait avec la peau excoriée de la plaie du dos. L'adhérence de cette portion du colon avec la perforation de la vertèbre était assez intime. Le canal médullaire était intact, mais un peu rétréci. Tous les autres viscères n'offraient rien de particulier. Les membres étaient bien conformés.

Obs. II.ᵉ — Le second exemple d'imperforation de l'anus fut présenté par l'enfant du nommé Mathias Zind, du village de Basse-Kuntz; il était du sexe masculin, né depuis deux jours, et bien conformé d'ailleurs. L'anus imperforé était un peu proéminent : le docteur Fristo sentant une espèce de fluctuation, pensa que l'orifice extérieur seul était fermé, et y plongea un bistouri pour donner issue aux matières contenues dans l'intestin; mais cette ponction ne fut suivie d'aucune espèce d'écoulement. Le bistouri fut alors enfoncé plus profondément, sans plus de résultat. Le petit doigt introduit dans la plaie, ne fit découvrir rien autre chose qu'un tissu mou qui parut être simplement du tissu cellulaire. L'insuccès de cette opération fit considérer la mort de l'enfant comme inévitable, et en effet il succomba la nuit suivante.

A l'ouverture du cadavre, tous les viscères abdominaux furent trouvés dans l'état naturel à l'exception du rectum. Cet intestin, déviant de son trajet ordinaire, se contournait de gauche à droite sur le col de la vessie, et prenant la direction du canal de l'urètre qu'il longeait latéralement à gauche pour venir ensuite se porter sur le dos de la verge un peu au-dessus du gland. Là, l'intestin était oblitéré, adhérait intimement à la peau. Il contenait dans toute son étendue une assez grande quantité de méconium dont l'accumulation avait augmenté le volume de la verge, et aurait pu peut-être rendre une autre opération plus profitable, si l'on avait pu prévoir une déviation aussi singulière de l'intestin. Toute la marge de l'anus était remplie par du tissu graisseux extrêmement mou, qui avait causé cette apparence de fluctuation, qui décida à pratiquer une ponction dans la région de l'anus. (*Compte rendu des trav. de la Soc. de la Moselle, par M. Scoutetten*, 1830.)

Anévrysme de l'artère fessière gauche; *par le docteur Ruyer, médecin à Senones (Vosges).* — Madame S.**, âgée de 66 ans, d'une constitution robuste, bien conformée, d'un tempérament sanguin, habituée à des occupations pénibles, fit une chute le 15 décembre 1821, sur la fesse gauche. Cette chute fut suivie de douleurs vives et lancinantes, et d'une petite tumeur dure et sensible qui parut soudain au centre de la partie lésée. Aucun moyen thérapeutique ne fut employé contre cette contusion, dont on abandonna la guérison à la nature. Le premier février 1825, une nouvelle chute sur la fesse gauche fit reparaître des douleurs plus aiguës que les premières; elles forcèrent la malade à réclamer les secours d'un médecin, lequel méconnut la nature et la gravité de la maladie. La tumeur présentait alors la grosseur d'un œuf de poule : en la comprimant légèrement, on sentait sur tous les points de sa surface des battemens isochrones à ceux du cœur. Des cataplasmes émolliens, des pommades irritantes et la médecine de Leroy, furent les moyens que l'officier de santé mit en usage pendant deux mois, contre une maladie qui réclamait une opération chirurgicale.

Le 10 novembre, M. Ruyer fut appelé pour voir la malade, qu'il trouva avec le pouls faible et accéléré, l'appétit bon, la soif nulle, de l'insomnie causée par des douleurs aiguës et passagères qui s'étendaient depuis la partie malade jusqu'à la plante du pied. A cette époque, la tumeur anévrysmale avait vingt-un pouces de circonférence; les battemens étaient sensibles sur tous les points de sa surface; la couleur de la peau n'offrait aucune espèce d'altération; sa température était très-élevée.

L'énorme volume de la tumeur, la difficulté de pouvoir reconnaître si le sac anévrysmal ne pénétrait pas dans le petit bassin, l'âge avancé et la grande faiblesse de la malade, empêchèrent le docteur Ruyer de tenter une opération qui, dès le principe de la maladie, eût indubitablement réussi, mais qui n'offrait alors que des chances fâcheuses et des difficultés insurmontables. On se borna donc à une médecine palliative. Le sirop d'acétate de morphine procura un sommeil tranquille; la digitale à forte dose fut employée inutilement. Les réfrigérans ne purent être mis en usage à cause des douleurs aiguës qu'ils déterminaient. Le 18 janvier 1826, la fièvre se manifesta. Aussitôt les douleurs pulsatives de la tumeur se calmèrent et ne reparurent plus, le membre abdominal du côté malade devint d'une sensibilité extrême; le moindre mouvement faisait jeter des cris aigus à la malade. La peau conserva toujours sa couleur naturelle, excepté sur le dos du pied où parurent plusieurs taches bleuâtres. La mort arriva le 3 février suivant.

Autopsie. — Les trois cavités splanchniques n'offrirent rien de

remarquable. Le cœur était dans l'état normal. En examinant l'artère iliaque primitive du côté malade, on y trouva plusieurs traces d'ossification. Le sac anévrysmal ouvert, renfermait une matière abondante formée d'un mélange de sang et de pus. Les fibres des trois muscles fessiers étaient presque totalement détruites. Au fond de cette profonde excavation, l'artère fessière, dans son passage par l'échancrure ischiatique, conservait sa situation et la direction qu'elle affecte dans l'état naturel, mais son calibre était assez large pour admettre aisément le doigt indicateur. Les parois de ce vaisseau étaient saines à un pouce au-delà de sa sortie hors du petit bassin, espace qui aurait été suffisant pour y placer des ligatures. La pièce pathologique est déposée dans le musée anatomique de la Faculté de Strasbourg. (*Compte rendu des travaux de la Soc. de Méd. de la Moselle*, par M. Scoutetten; 1830.)

Sur quelques maladies du testicule. — *Extrait d'un ouvrage anglais d'Astley Cooper*, par M. Bérard aîné. — *Affection chronique simple du testicule*. — Cette maladie, pour laquelle on a souvent pratiqué des opérations qu'on aurait pu éviter, commence par une dureté et un gonflement de l'épididyme; il n'y a point de douleur dans les premiers temps de cette affection, et le malade ne la découvre qu'accidentellement; le mal, en s'accroissant, comprend bientôt le testicule, mais on peut toujours distinguer au toucher ce dernier d'avec l'épididyme. Le testicule, qui a conservé l'état lisse de sa surface, a pris une forme arrondie. Il y a souvent de la sérosité épanchée dans la tunique vaginale; le tumeur est indolente, et le malade la manie sans précaution avec une sorte de rudesse qui étonne. Lorsque le gonflement du testicule et de l'épididyme est très-considérable, il survient une légère douleur et un sentiment de pesanteur dans les reins et la cuisse; le cordon est sain, les veines sont un peu gonflées. L'affection chronique du testicule est sujette à des exacerbations pendant lesquelles la tumeur se gonfle considérablement, devient douloureuse et pesante. Un coup, un excès quelconque peuvent occasionner cet accident qui cède à un traitement convenable pour reparaître ensuite, jusqu'à ce que le malade, fatigué de ces rechutes, sollicite la castration. A la fin, la suppuration arrive précédée de douleur, de rougeur du scrotum, et annoncée d'abord par une fluctuation obscure. Le pus perce plus lentement la tunique albuginée que l'enveloppe de l'épididyme; il est mal élaboré : une ou plusieurs fistules se forment, par lesquelles le sperme s'écoule avec le pus. Pendant les progrès de l'inflammation suppurative, une hydrocèle se développe, dont le liquide est coloré par la matière rouge du sang. Une chose digne de remarque, est la formation et l'exubérance des granulations qui s'échappent comme

par expression de la tunique albuginée ; cela ressemble dans le principe aux fongosités du cerveau. On a souvent pris ces granulations pour un cancer, quoiqu'elles soient infiniment moins dangereuses. Lorsque l'on dissèque un testicule atteint de l'affection chronique, on trouve sa substance changée en une masse d'une certaine consistance et d'une couleur blanche-jaunâtre ; ce fut peut-être ce qui engagea M. Brodie à donner à cette maladie le nom d'*affection tuberculeuse jaune du testicule*. Si on agite le testicule dans l'eau après l'avoir incisé, on voit sortir des conduits séminifères un liquide blanc-jaunâtre, et alors ils paraissent vides et dilatés. Dans leurs interstices se trouve infiltré un liquide de même nature ; enfin on rencontre quelquefois un ou plusieurs abcès ouverts ou non à l'extérieur, et le tissu du testicule en partie détruit par l'ulcération. Cette maladie n'ayant aucun caractère de malignité, les glandes lombaires et inguinales ne sont jamais sérieusement affectées. Le rétrécissement de l'urètre est une des causes qui lui donnent le plus souvent naissance ; mais à cette cause occasionnelle se joint une disposition constitutionnelle.

Du testicule irritable ou douloureux. — Cette affection consiste dans une sensibilité morbide du testicule ou de l'épididyme, sensibilité qui s'accroît parfois au point que le plus léger contact occasionne les souffrances les plus vives. La douleur se fait sentir aussi dans les lombes et les aînes. Le mouvement communiqué au testicule, la pression légère que lui fait éprouver le vêtement du malade dans la marche, causent une douleur si insupportable, que le malade est presque obligé de renoncer à tout exercice, et de chercher quelque soulagement dans le repos et le séjour au lit. Le testicule est peu gonflé, et n'est pas également irritable partout. L'épididyme et le cordon sont dans le même état, et si le testicule n'est pas supporté, la douleur devient presque intolérable. Lorsque le malade est couché, il est obligé de s'incliner vers le côté sain, ou bien il lui est impossible de goûter le repos. La douleur provoquée par le mouvement se continue encore quelques heures après que sa cause a cessé d'agir ; il en est de même de celle occasionnée par la pression de la main, pendant que le chirurgien fait l'examen de l'organe malade ; cette exploration laisse le testicule avec un surcroît de sensibilité morbide. L'estomac est devenu très-irritable, au point même de rejeter les alimens. Cette maladie peut se prolonger pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, et même plusieurs années ; et si l'on observe quelque rémission dans les symptômes, le moindre exercice ou le plus léger écart de régime reproduisent les accidens. L'étiologie de cette maladie est, suivant Cooper et M. Bérard, enveloppée de beaucoup d'obscurité : il est certain, disent-ils, qu'elle n'est pas in-

flammatoire, *car il n'y a pas de symptômes d'inflammation*. La dissection du testicule n'apprend rien, sinon que la maladie n'est pas une inflammation. A. Cooper pense, et M. Bérard paraît adopter cette opinion, qu'elle siége dans les nerfs, et qu'elle est de la nature du tic douloureux. Quelquefois les inconvéniens et le dégoût que le malade éprouve l'engagent à solliciter l'enlèvement du testicule : M. Cooper a pratiqué trois fois cette opération, et le soulagement procuré par elle a été complet et permanent. La théorie, remarque M. Bérard, n'eut point fait prévoir le succès d'une semblable opération ; car, en admettant que l'affection était de la nature des névralgies, et que l'irritation parcourait les nerfs qui accompagnent l'artère testiculaire, on pouvait craindre que la portion restante de ces nerfs ne continuât à être le siége d'élancemens douloureux. La remarque du chirurgien français est fort juste, mais elle repose sur une supposition que l'expérience m'autorise à regarder comme n'étant point fondée : sur la supposition que la maladie est une névralgie. Or, les douleurs qui l'accompagnent n'ont aucune ressemblance avec les douleurs névralgiques. Le volume de quelque partie du testicule, et surtout sa dureté, sont très-sensiblement accrus ; enfin, la maladie se lie, ce que n'a pas dit A. Cooper, à une inflammation chronique de la portion du canal de l'urètre où s'ouvrent les canaux éjaculateurs, comme le prouvent les pollutions diurnes et les autres symptômes propres à cette affection, dont le chirurgien anglais n'a pas non plus parlé. D'après l'opinion que je viens d'exprimer sur la nature de la maladie, on comprendra facilement que je n'adopte point les vues sur lesquelles M. A. Cooper en fonde le traitement. On doit se proposer, suivant lui : 1.° d'augmenter le ton du système nerveux par l'usage du sulfate de quinine, du quinquina, du carbonate de fer, etc. ; 2.° de diminuer l'irritabilité par l'emploi de divers narcotiques, opium, stramonium, belladone, jusquiame ; puis vient, comme on pense bien, le calomélas uni à l'opium et à l'antimoine. M. Cooper commence même, en général, par exciter les glandes salivaires au moyen du calomélas et de l'opium. Suivant le chirurgien de Londres, les applications locales de belladone sous forme emplastique, la glace, l'opium et le camphre en frictions sur la partie, ont réussi. L'établissement d'un vésicatoire à l'aîne ou à la cuisse, en ayant soin de l'entretenir avec le cérat de sabine opiacé, a paru utile ; il en a été de même de l'application de teinture d'iode sur le scrotum. Dans d'autres cas, M. Cooper a employé avec avantage une lotion d'esprit-de-vin et d'éther qu'il faisait évaporer sur le testicule. On peut encore, suivant lui, provoquer, à l'aide de la pommade épispastique, un léger écoulement à l'extrémité antérieure de l'urètre. Si le mal résiste à tous les moyens précédens, il faut extirper

le testicule. Je ne pense pas que l'insuccès de ces moyens suffise pour faire recourir à une aussi extrême ressource. (*Journal Hebdom.*, novembre 1830, N. 9.)

Thérapeutique.

Extirpation d'une exostose de l'orbite, *par le docteur Sulzer.* — Une fille de dix-sept ans eut l'extrémité d'un rateau enfoncé dans l'orbite, ce qui fut immédiatement suivi de perte de connaissance. Il ne s'écoula presque pas de sang; l'œil n'était point douloureux et ne s'enflamma pas. Le corps vulnérant paraissait s'être introduit entre la paupière supérieure et le globe de l'œil, et avoir blessé la voûte de l'orbite. Dix-huit mois après cet accident, cette fille sentit sous la paupière supérieure une tumeur dure, qui augmenta progressivement de volume. Le docteur Sulzer vit la malade quatre années après l'accident. La tumeur était alors extrêmement dure, recouverte par la paupière supérieure, et non-seulement remplissait l'orbite, mais faisait même saillie au dehors. Le globe de l'œil était tellement poussé hors de l'orbite, qu'il atteignait presque l'aile du nez. La vue n'était pas totalement perdue. Pour enlever cette tumeur, le docteur Sulzer pratiqua l'opération suivante : il excisa la paupière supérieure, d'un angle de l'orbite à l'autre, ce qui mit la tumeur à découvert; celle-ci était formée par de la matière osseuse très-dure, dont on enleva à-peu-près trois gros dans l'espace de trois heures, en se servant du maillet et du ciseau. Vers la fin de cette opération, on crut s'apercevoir que l'os était mobile; on s'en convainquit au moyen du tirefond. On renonça bientôt aux tentatives d'extraction qu'on avait d'abord faites, tant à cause de l'étroitesse de l'orbite, qu'à cause des douleurs violentes qu'elles occasionnaient. L'œil était très-douloureux et s'enflamma. (*Saignées, bains de pieds, application de glace.*) Le lendemain matin, M. Sulzer, étant persuadé que les douleurs et l'inflammation provenaient de la pression exercée sur le globe de l'œil par l'exostose mobile, tâcha d'y remédier de la manière suivante : il fixa le tirefond dans l'exostose, et attacha à l'autre extrémité de l'instrument une ficelle qui passait par deux poulies fixées dans le plafond, et à l'autre bout de laquelle était suspendu un flacon contenant une livre de plomb de chasse. Aussitôt que cet appareil fut convenablement fixé, les douleurs cessèrent, et l'inflammation se dissipa promptement. A six différentes reprises on appliqua le trépan à la tumeur osseuse; ce qui en resta après ces opérations fut enlevé avec des pinces courbes. On remplit la cavité orbitaire de charpie imbibée de vin froid, et on appliqua par dessus des compresses et de la glace. La narine qui avait été ob-

struée redevint libre après l'opération. Les muscles, les vaisseaux et les nerfs de l'œil étaient réduits en une espèce de ligament calleux, aplati. Peu-à-peu la douleur et la tuméfaction disparurent, une légère suppuration s'établit, la cavité orbitaire se rétrécit, et l'œil remonta au point que, au bout de six semaines, il avait repris sa position normale. La vue n'avait pas souffert. La plaie ne se cicatrisa que lentement. La matière osseuse qu'on avait enlevée pesa, après avoir été desséchée, à-peu-près deux onces. (*Neue Zeitschrift fuer natur und Heilkunde*, 1829, I.er vol., I.er cahier.)

Procédé de M. Gensoul pour le cathétérisme et la cautérisation du canal nasal. — Les modifications que M. Gensoul a fait subir à la sonde de Laforest, étant fondées sur la connaissance exacte des parties, il faut rappeler la disposition, la forme et les dimensions de la portion osseuse du canal, qui seule peut opposer quelqu'obstacle à l'introduction de la sonde.

Le canal nasal, en descendant de l'orbite dans la fosse nasale, se porte un peu en arrière et en dehors; son axe forme un arc de deux ou trois degrés au plus, dont la convexité regarde le plus souvent en dehors et un peu en avant, quelquefois aussi directement en dehors. M. Vesigné lui donne de trois à six lignes de longueur, mais il a rarement cette dernière dimension. Suivant le même auteur, de l'orifice supérieur du canal au plancher inférieur de la narine, il y a six à quatorze lignes. Sur six squelettes examinés avec soin, cette distance n'a pas été trouvée moindre de onze lignes et demie, et deux fois elle était de quinze lignes. Le canal nasal est un peu plus étroit au milieu qu'à ses extrémités. Ses diamètres varient beaucoup. Quelquefois il est très-comprimé de dedans en dehors, et les diamètres antéro-postérieurs l'emportent alors de beaucoup sur les transverses. D'autres fois son contour est à-peu-près arrondi, disposition qui est la plus favorable au cathétérisme. On peut admettre que le diamètre transversal varie à-peu-près d'une ligne et demie à deux lignes et demie, et l'antéro-postérieur de deux à trois lignes.

Le canal ayant très-rarement plus de cinq lignes de longueur, et le plus souvent un peu moins, il est clair que la sonde ne devra pénétrer que de cinq lignes au plus dans sa cavité : sa partie moyenne, moins celle qui s'engage dans la portion molle du canal, restera dans la fosse nasale. Enfin, le reste de l'instrument sera presqu'en entier au-dehors de la narine, et sera saisi par la main du chirurgien. Il en résulte que l'on peut considérer dans l'instrument de M. Gensoul, quatre parties très-distinctes : 1.° la plaque qui termine une de ses extrémités; 2.° la tige qui est intermédiaire au manche et à la courbure; 3.° la partie courbe qui reste dans la fosse nasale, et qu'on peut nommer *portion nasale* ; 4.° enfin, celle

qui doit s'engager dans les voies lacrymales, et qu'on peut appeler lacrymale. Pour rendre la description plus claire, nous allons supposer la sonde placée dans la narine, l'extrémité nasale dirigée en haut, et la plaque dans le sens de la verticale.

La sonde de M. Gensoul est solide ou creuse, selon qu'il l'emploie pour dilater simplement ou sonder le canal, ou qu'il s'en sert comme d'un porte-caustique. La sonde solide consiste en une tige d'acier, un peu conique, se continuant dans sa partie la plus épaisse avec la plaque qui sert de manche, mousse vers l'autre extrémité, droite dans les deux tiers les plus rapprochés de la plaque, recourbée vers la partie supérieure de la narine, dans le tiers qui en est le plus éloigné. Cette courbure, qui appartient presqu'exclusivement à la portion nommée *nasale*, représente un arc de 80 degrés environ, sous-tendu par une corde de huit lignes, dirigé en arrière et un peu en dehors, inscrit dans un plan fictif qui s'écarte de quinze degrés environ du plan vertical de l'instrument. La portion, nommée *lacrymale*, est longue d'environ cinq lignes, à peine un peu courbe en dedans, inclinée de deux à trois degrés vers la plaque, et de dix à douze vers la cloison. Du reste, les dimensions doivent différer un peu dans les divers instrumens que le chirurgien tient à sa disposition, afin de pouvoir s'accommoder aux variétés individuelles. Il faut surtout avoir des sondes du plus petit diamètre.

Les sondes creuses ne diffèrent des précédentes ni par leur courbure, ni par leur volume. Elles sont d'argent. Au lieu de manche, elles portent deux anneaux, comme les algalies destinées au cathétérisme de l'urètre; elles sont ouvertes à leur extrémité lacrymale, comme l'est la sonde de M. Lallemand, et munies d'un mandrin dont l'extrémité peut être cachée dans l'intérieur de la canule, ou être poussée jusque vers son orifice lacrymal qu'elle oblitère alors complètement : elles servent également pour les injections et la cautérisation.

Si l'on conçoit bien la construction de la sonde de M. Gensoul, on verra facilement combien cet instrument l'emporte sur celui de Laforest. En effet, sa courbure moins étendue et déjetée en dehors, ne repousse pas le cornet vers la cloison, et rapproche l'extrémité lacrymale de la surface sur laquelle elle doit rencontrer l'orifice du canal. La portion qui doit pénétrer dans le canal nasal a la même direction que ce dernier, et sa courbure se mettra complètement en rapport avec celle du conduit, pour peu que le manche soit incliné vers la cloison du nez. Enfin, toute la portion courbe de l'instrument ne s'élevant pas au-dessus du bord de la tige, de plus de dix lignes et demie, hauteur qu'on pourrait réunir avec avantage à huit ou neuf lignes, cette portion peut être assez facilement conduite et

relevée sous le cornet inférieur, et ne tend pas, lorsque son extrémité lacrymale est introduite dans le canal, à dépasser l'orifice supérieur de ce dernier, et à distendre les parois du sac.

Pour pratiquer l'opération, le malade doit être assis et tenir la tête élevée. Il est presque toujours inutile de le faire maintenir par des aides. Toutefois il est utile de lui appliquer le dos et la tête contre la muraille, s'il manifeste trop de sensibilité. Le chirurgien se place devant lui, debout ou assis. Il ne faut pas chercher à arriver droit au canal. Le chemin le plus long est ici le plus sûr, en sorte qu'on peut diviser en quatre temps le manuel opératoire, tel que M. Gensoul l'exécute.

Premier temps. Introduction de la portion courbe de la sonde dans la narine. — Le chirurgien saisit l'instrument par la plaque, entre le pouce de la main droite et les deux doigts suivans, la tige dirigée dans le sens de la verticale, la plaque en bas, et l'extrémité lacrymale tournée vers la face du malade. De la main gauche, il soulève l'extrémité du nez pour en découvrir les orifices; puis sans changer la direction de l'instrument, il en insinue la portion courbe dans la narine du côté malade, et l'enfonce jusqu'à ce que la tige soit arrêtée par la lèvre supérieure. Il appuie alors sur la sonde, dans la direction de la tige, pour s'assurer que son extrémité repose sur le plancher nasal.

Deuxième temps. Circumduction. — Le chirurgien cesse de relever l'extrémité du nez, et, avec deux doigts de la main gauche, il saisit la tige de l'instrument près de sa portion nasale, pour rendre ce point presque immobile et en faire le centre du mouvement de circumduction de la main droite, il élève la plaque en la portant en dehors et vers lui, jusqu'à ce que la tige soit parallèle à l'horizon; puis il la porte en haut et en dedans, jusqu'à ce que la tige soit dirigée d'avant en arrière, et fasse au-dessus de l'horizon un angle de 25° à 30°. La plaque regarde alors par sa face interne en haut et en dedans, et son plan forme avec la verticale un angle d'un même nombre de degrés dont le sinus est supérieur. Pendant que la sonde décrit au-dehors, mouvement de circumduction, l'extrémité lacrymale parcourt successivement le plancher de la narine de dedans en dehors et la paroi interne du méat inférieur de bas en haut, et arrive sous la voûte du cornet.

Troisième temps. Recherche de l'orifice du canal. — Le chirurgien abaisse lentement, et sans aucun effort, le manche de la sonde dans la direction du plan de la plaque; par suite de ce mouvement de bascule, dont le centre se trouve vers le point de l'orifice de la narine sur lequel la tige repose, le bec de la sonde est ramené d'arrière en avant, et s'engage dans la portion molle du canal. Quel-

quefois il faut réitérer plusieurs fois cette manœuvre, et faire quelques tâtonnemens avant d'arriver au but. Dans tous les cas on doit agir avec beaucoup de précaution, pour ne pas déchirer le repli valvulaire qui existe à l'orifice inférieur du canal. On reconnaît que l'extrémité de la sonde a franchi cet orifice, lorsqu'elle ne cède pas aux légers mouvemens en avant et en arrière et à ceux de rotation qu'on cherche à lui imprimer.

Quatrième temps. Cathétérisme. — Ce temps est le plus facile à exécuter. Il suffit d'abaisser la plaque dans le sens de son obliquité, jusqu'à ce qu'elle soit descendue de quatre à cinq lignes au-dessous du plan horizontal. Il faudrait agir avec bien peu de discernement et de dextérité, pour que l'instrument, une fois introduit dans le canal, pût en dévier, briser les parois osseuses du canal, glisser entr'elles et la membrane muqueuse. Certes, dans ce cas, ce n'est pas à la méthode, mais au chirurgien qui la mettrait en pratique avant de s'y être suffisamment exercé, qu'il faudrait attribuer un pareil résultat. Pour retirer l'instrument, il faut lui faire parcourir, mais dans un ordre et un sens inverse, le trajet qui a été indiqué. (Peiffer, *Considérations sur la nature et le traitement des tumeurs et fistules du sac lacrymal.* Dissert. inaug., 12 août 1830.—*Extrait.*)

Observation de lupus de la face (*dartre rongeante*) traité par la compression, et guéri a la suite d'un érysipèle. — Un jeune homme, affecté de *lupus* combiné avec des pustules qui semblent devoir se rapporter à *l'Impetigo rodens*, entra, en 1828, à l'hôpital St.-Louis, où il subit un traitement qui fit disparaître les pustules, mais qui laissa subsister les tubercules : la cautérisation avec le nitrate acide de mercure fit ensuite disparaître ceux-ci. Il rentra, il y a deux mois, à l'hôpital pour ces mêmes tubercules, qui avaient acquis un nouveau développement : ils occupaient les narines, et la lèvre supérieure en était hypertrophiée. On exerça une compression avec un bandage; la maladie ne tarda pas à diminuer; quelques douches de vapeur, en donnant de la souplesse à la peau, contribuèrent au succès de la compression; mais un événement inattendu vint favoriser singulièrement l'effet de ce moyen mécanique : un érysipèle envahit la face. Depuis six mois, cette affection règne épidémiquement dans la salle ; lorsque les malades sont faibles, cacochymes, cet accident leur devient funeste, l'érysipèle s'étend à toute l'enveloppe tégumentaire et amène la mort; mais ici il n'a pas dépassé la face, c'était une maladie aiguë, entée sur une maladie chronique; elle a amené une résolution complète; une injection de la peau, qui persiste quelquefois très-longtemps, est tout ce qui reste de la maladie. (*Gazette médicale*, novembre, N.° 47.)

Tentative funeste d'extirpation d'une tumeur du col. — Un en-

fant, âgé de 12 ans, d'une bonne constitution, portait depuis les premières années de sa vie, au côté gauche du col, le noyau d'une tumeur qui avait pris successivement de l'accroissement, et avait acquis le volume de la tête lorsqu'il vint à l'Hôtel-Dieu au commencement de novembre. Il n'y avait pas d'élancemens dans la tumeur, point de changement de couleur à la peau; la tumeur paraissait pédiculée et occupait tout le côté gauche du col; en arrière, on sentait les battemens de l'artère carotide, en haut et en bas, ceux des artères thyroïdiennes, supérieure et inférieure; la tumeur était dure, rénittente, et sillonnée de grosses veines; l'une, entre autres, très-volumineuse se dirigeait obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, de manière qu'il était impossible de pratiquer une incision longitudinale sans l'intéresser. M. Dupuytren hésita quelque temps avant de se résoudre à l'opération; il se souvenait de l'évènement malheureux qui entraîna entre ses mains la mort d'une jeune fille, chez laquelle il extirpait une tumeur volumineuse au col; cependant l'opération fut enfin résolue, le 22 novembre. Un aide pressant de ses deux mains sur chaque côté de la base de la tumeur et la faisant saillir, une incision longitudinale est faite à la peau et au peaucier subjacent dans toute l'étendue de la tumeur et à la partie antérieure, puis par une sorte d'énucléation et une dissection large, on arrive au pédicule qui est d'une telle étendue qu'on n'ose porter plus loin la dissection; dans les premiers temps de l'opération des veines ont été ouvertes et ont fourni du sang; M. Breschet les a comprimées avec le doigt, quelques petits vaisseaux artériels ont donné, on les a liés. Un bistouri est plongé à la partie antérieure et moyenne de la tumeur, dans l'espoir d'en diminuer le volume par l'issue d'un liquide que l'on avait cru sentir; rien ne s'écoule que du sang. Le sang coulant d'une multitude de points, et le pédicule étant trouvé trop profond et trop large pour être incisé, une première ligature, puis une seconde, puis une troisième, sont jetées autour; les jets arteriels sont arrêtés, mais non l'écoulement veineux qui continue quelque temps, et finit cependant par s'arrêter aussi. Le malade a perdu plusieurs palettes de sang. Il a une syncope qui se dissipe aisément par des aspersions d'eau froide. On le reconduit à son lit, déterminé à remplacer les ligatures de fil par une ligature métallique plus propre à arrêter tout écoulement et à couper le pédicule. Deux élèves veillent auprès de lui. Dans la journée, des vomissemens opiniâtres se déclarent, et on ne peut les calmer par l'eau de Seltz; enfin, vers le soir, ils ont cessé; le malade a perdu peu de sang; il paraît en bon état, et on le croit hors des dangers primitifs de l'opération, lorsque vers trois heures du matin, il est pris de mouvemens convulsifs et expire. Il faut noter que pendant l'opération, le malade s'était plaint plusieurs

fois de suffoquer, lorsque l'on pressait un peu trop sur la tumeur du côté du larynx. Ces menaces de suffocation disparaissaient dès que l'on diminuait la pression ou qu'on la faisait porter sur un autre point. A quelle cause étaient dus ces vomissemens? On pouvait craindre que le nerf pneumo-gastrique eût été compris dans la ligature ou incisé. L'autopsie a prouvé qu'il était intact et libre. La tumeur incisée est composée d'un tissu fibro-celluleux, en partie dégénéré et d'une couleur brunâtre, due à la stase du sang veineux. La trachée est aplatie, et cet aplatissement déterminé de longue date par la tumeur, explique les menaces de suffocation dont le malade était pris à la moindre pression. La carotide, la veine jugulaire, les artères thyroïdiennes sont intactes. La tumeur prenait naissance du corps thyroïde. « Dans un pareil cas, dit M. Dupuytren, je crois que je m'abstiendrais d'opérer, car la ligature a évidemment déterminé les accidens et la mort, et l'incision du pédicule eût probablement fait périr immédiatement le malade, quelque soin que l'on eût pris de s'opposer à l'hémorrhagie par la ligature des vaisseaux. » (*La Lancette française*, t. IV, N.° 24.)

Opération de hernie congénitale étranglée chez un enfant de deux ans. — Un enfant souffrait, depuis deux ou trois jours, de coliques vives. M. Moreau, appelé, ayant visité la région inguinale y trouva une tumeur douloureuse et résistante. Il apprit alors que l'enfant avait depuis son enfance une hernie pour laquelle il avait porté un bandage pendant deux mois, et que les accidens s'étaient manifestés quelques jours après l'abandon de ce bandage. Toute tentative de réduction ayant paru infructueuse à M. Moreau, M. Roux fut appelé et fit les mêmes essais avec aussi peu de succès, quoiqu'il les portât fort loin. L'opération fut donc immédiatement entreprise. La partie péritonéale ayant été incisée, il en jaillit une quantité notable de sérosité. On trouva ensuite une anse intestinale rouge, enflammée, à côté du testicule. L'opérateur incisa le collet du sac et légèrement l'anneau, puis réduisit facilement l'intestin. Le lendemain, les accidens avaient disparu. — Les exemples de l'étranglement herniaire chez les enfans sont extrêmement rares; c'est pourquoi nous avons rapporté celui-ci, qui a présenté deux circonstances dignes d'attention : la présence d'une certaine quantité de sérosité dans le sac herniaire, ce qui rend raison de l'irréductibilité de la tumeur, et l'étranglement par le collet du sac, ce qui a lieu le plus souvent dans les hernies congénitales, et ce qui a été favorisé ici par l'application précédente d'un bandage qu'on eut l'imprudence d'interrompre. (*Lancette française* t. IV, N.° 20; et *Journ. univ. hebd.*, t. I.er N.° 10.)

Accouchemens.

Cas anomal de naissance de jumeaux. — *Obs. par le docteur De Meza.* — Une femme d'une santé très-délicate, ayant eu déja plusieurs enfans, était dans le quatrième mois d'une nouvelle grossesse, lorsqu'elle se laissa tomber du haut d'un escalier. Elle sentit aussitôt des douleurs dans les reins; le sein gauche devint flasque, et elle fit une fausse couche : le fœtus était du sexe féminin. Cependant, le bas-ventre demeura dur et tendu; il prit même plus d'extension, et la femme, sentant remuer, ne douta pas qu'elle ne fût encore enceinte. En effet, cinq mois après l'avortement elle accoucha d'un enfant, faible à la vérité, mais du reste très-viable. Lorsque M. le docteur de Meza le vit, il avait déjà un an et demi, et était rachitique. — L'auteur rappelle, à cette occasion, l'aphorisme d'Hippocrate, attaqué par de Gorter dans son commentaire : « *Mulieri in utero gerenti si altera mamma gracilis fiat, gemellos gestanti, alterutrum abortit; et si quidem dextra gracilis fiat, marem, si verò sinistra fœminam.* » — M. de Meza pense qu'il existait, chez la femme dont il vient d'être question, un utérus double. (*Bibliothek for Laeger*; 1829, 3.e cahier).

Perforation du périnée dans l'accouchement. — I.re *Observation, par le professeur Jungmann.* — Une femme, âgée de 35 ans, enceinte pour la seconde fois, entra, dans le courant de 1823, à l'hospice d'accouchemens de Prague. Le travail était déjà commencé; le eaux s'étaient écoulées depuis six heures environ, et les douleurs qui, dans le principe, avaient été très-fortes, avaient cessé de se faire sentir depuis une demi-heure. La vulve, arrondie et très-étroite, laissait voir une partie du cuir-chevelu tuméfié du fœtus. Le périnée, très-distendu et fortement abaissé, était frappé de gangrène depuis l'orifice de l'anus jusqu'au milieu, à-peu-près, de sa longueur. Une communication existait entre le rectum et la paroi postérieure du vagin, et permettait au doigt introduit dans l'intestin d'arriver directement à la face de l'enfant. La fourchette, qui s'était déchirée deux ans auparavant dans le premier accouchement, présentait une cicatrice dure et résistante, que le professeur Jungmann reconnut être le principal obstacle à la terminaison de l'accouchement actuel. Ce praticien se décida à retenir d'abord la tête à l'aide du forceps, puis à inciser la fourchette afin de favoriser l'extraction du fœtus par cette dilatation artificielle de la vulve. Mais à peine l'introduction de l'une des branches du forceps eut-elle été pratiquée, qu'un écoulement de sanie fétide eut lieu; les contractions utérines se ranimèrent aussitôt; la tête, qui se fit jour au travers du périnée, fut promptement suivie du tronc, et huit minutes après l'arrière-faix fut extrait par la même voie. L'enfant,

très-faible, respirait à peine, et ne tarda pas à succomber. La mère fut transportée à l'hôpital-général, et là, dans l'espace de deux mois, l'ouverture du périnée se guérit assez bien pour que la femme pût sortir et retourner chez elle. (*Siebold's Journal fuer Geburtshuelfe*, tom. IX, 3.e cah.; page 594, 1830.)

II.e *Observation*, *par M. Master*, *chirurgien à Kœnigsberg*. — M. M. fut appelé, le 31 mai 1824, à midi, auprès d'une femme âgée de 25 ans, et qui était dans le travail de l'enfantement. Cette femme était primipare, et accusait des douleurs intolérables dans l'abdomen et dans les lombes. Suivant le rapport de la sage-femme qui l'assistait, l'écoulement des eaux avait eu lieu trois heures auparavant. L'orifice utérin avait la dimension d'un écu, et l'enfant, dont la position était normale, présentait la tête (encore mobile) à l'entrée du bassin spacieux et bien conformé. En raison des fausses douleurs qui se faisaient sentir, quelques antispasmodiques furent prescrits. Lors d'une seconde visite, dans le courant de l'après-midi, M. M. trouva la femme plus tranquille; les douleurs n'étaient pas aussi vives; il y avait eu quelques bonnes contractions, la dilatation de l'orifice était un peu plus grande, et la tête était descendue dans la cavité du bassin. Vers les cinq heures du soir, M. M. fut rappelé précipitamment, et apprit de la sage-femme que l'enfant venait par le rectum; en effet, il semblait, à la première vue, que la paroi postérieure du vagin et la paroi antérieure du rectum s'étaient déchirées en même temps que le périnée, et que le fœtus allait être expulsé par cet *hiatus*. Le vertex se présentait à l'ouverture périnéale, à-peu-près comme la tête d'un fœtus au couronnement, et il était désormais impossible de le ramener dans le vagin. Quelques fortes contractions suffirent pour expulser, par cette voie anormale, l'enfant qui était privé de la vie, et la vulve ne fut aucunement intéressée dans la durée de ce travail. L'arrière-faix fut extrait par la même plaie. Un examen ultérieur prouva à M. M. que le rectum et le sphincter de l'anus étaient complètement intacts: immédiatement au-devant de l'anus, commençait une rupture qui s'étendait dans le sens du raphé, jusqu'à un pouce en arrière de la commissure postérieure de la vulve, et à laquelle correspondait celle de la paroi vaginale, terminée également en avant, à un pouce de distance de la commissure postérieure de la vulve: deux autres ruptures transversales existaient encore au milieu du périnée, de manière que la plaie entière affectait une forme cruciale. Un pont charnu, d'un pouce de large, restait entre l'extrémité antérieure de la rupture longitudinale et la commissure postérieure de la vulve.

M. M. croit trouver la cause de la déchirure dans la trop grande

étendue du périnée, qui était de plus de trois pouces de l'anus à la vulve, et dans la situation antérieure des parties génitales externes. La ligne centrale de l'excavation pelvienne tombait directement sur le milieu de l'espace périnéal. Pendant cette dernière période du travail, qui fut très-précipitée, la tête pressait avec beaucoup de force sur le périnée, que la sage-femme ne soutenait pas comme elle aurait dû le faire; aussi quelques contractions énergiques furent-elles suffisantes pour amener la déchirure, et aussitôt la tête fut poussée en bas dans cette direction.

A la suite de cet accouchement, il y eut une violente hémorrhagie produite à-la-fois et par le vagin et par la plaie, et on eut recours à des fomentations froides qui ne tardèrent pas à arrêter l'écoulement sanguin, mais alors le périnée devint le siége d'un engorgement inflammatoire considérable, et des fomentations résolutives avec l'eau vulnéraire de Théden furent pratiquées pendant huit jours. Les lochies s'écoulaient par la plaie; l'urine passait par la voie naturelle. Au bout de quinze jours, il n'y avait plus de tuméfaction, et l'écoulement des lochies avait cessé presque entièrement; la plaie, toujours cruciale, présentait une surface très-nette. Le 16.e jour, deux points de suture furent appliqués afin de maintenir les quatre angles de la plaie en contact, et les fils furent enlevés trois jours après. Le prolongement postérieur de la déchirure était parfaitement guéri; mais à l'endroit où se réunissaient les prolongemens latéraux, il restait encore une ouverture qui pouvait permettre d'introduire deux doigts, et par laquelle il pénétrait dans le vagin: la plaie de ce dernier s'était réunie jusqu'à l'ouverture qui communiquait avec le périnée, et avait ainsi donné lieu à une fistule vagino-périnéale. Les fomentations vulnéraires furent encore continuées un mois, et pendant ce temps le trajet fistuleux se rétrécit sensiblement. La malade, qui n'en était gênée en aucune façon, se levait déjà sans inconvénient. La longueur du périnée avait diminué et s'était réduite à deux pouces. Les règles survinrent peu de temps après, et coulèrent par la fistule. Cependant, en 1827, cette femme devenue enceinte une seconde fois, accoucha naturellement et très-promptement, et les lochies sortirent par la vulve, ce qui prouve que l'oblitération du conduit fistuleux s'était opérée. (*Siebold's Journal für Geburtshülfe*, tom. IX, 3.e cahier, p. 726, 1830.)

Académie royale de Médecine. (Novembre et décembre.)

Suite de la séance du 9 novembre. — CATHÉTÉRISME. — M. Sé—

galas, au nom d'une commission, fait un rapport sur un instrument nouveau propre à faciliter le cathétérisme dans les cas difficiles, et quand le cathétérisme forcé semble être la dernière ressource; instrument qu'a inventé M. Ricord, médecin à Paris, et sur lequel ce médecin a lu un mémoire à l'Académie. (Voyez le tome XXIII des *Archives*, pag. 595 et 596.) M. Ségalas dit que l'expérience seule peut fixer le degré d'utilité de cet instrument, que M. Ricord appelle *conducteur dilatant*; il n'en a pas fait l'essai, mais il pense *à priori* que l'usage de cet instrument, d'un calibre assez gros, doit causer de la douleur, de la difficulté, par son introduction dans un canal déjà irrité; il craint que l'écartement des branches de la canule externe de l'instrument ne détermine dans le canal une dilatation trop brusque, trop inégale, trop forte, et cependant insuffisante pour faire franchir la coarctation.

Lithotritie. — M. Ségalas présente un malade qu'il vient de soumettre avec succès à la lithotritie, et qui depuis long-temps et à plusieurs fois avait été atteint de rétrécissemens de l'urètre et de fistules urinaires. La disposition lithique chez ce malade était telle, qu'en quatre jours les sondes étaient tout incrustées.

Blessés des 27, 28 et 29 juillet reçus à l'hôpital de la Charité. — M. Roux achève la lecture de son mémoire sur les blessés que les journées de juillet ont amenés à l'hôpital de la Charité. Dans cette deuxième partie, il traite des blessures des membres, qui, la plupart, ont été des fractures comminutives de ces parties. Trente blessés de ce genre ont été reçus à l'hôpital; sur ces trente blessés, dix ont subi au moment même l'amputation. Chez les vingt autres, le désordre n'était pas tel qu'on ne dût tenter de conserver le membre; on a chez eux fait de grandes et profondes incisions, pour prévenir tout étranglement lors du développement du gonflement inflammatoire, et pour faciliter l'extraction de toutes les esquilles osseuses; M. Roux attache une grande importance à cette extraction. On n'a négligé aucun des moyens généraux conseillés pour les blessures graves, saignées, applications de topiques successivement résolutifs, émolliens, etc. Presque toutes celles de ces fractures qui existaient aux membres supérieurs ont guéri; une seule d'elles a exigé l'amputation consécutive; le bras a été coupé dans l'article, mais sans succès. Ont encore été funestes deux cas dans lesquels la fracture était à la partie la plus élevée du bras. Les blessures des membres inférieurs, au contraire, ont été bien plus souvent mortelles. Si, dans deux cas où la fracture était à la partie moyenne de la jambe, les malades ont guéri, même avec peu de difformité, il n'en a pas été de même pour les fractures du genou et de la cuisse. Dans un cas de blessure du genou, le malade a, à la vérité, conservé

et la vie et le membre ; mais il est probable que l'aticulation n'avait pas été ouverte, et que les condyles du fémur avaient été traversés par la balle sans être brisés. Dans une autre blessure au genou, des accidens consécutifs graves nécessitèrent une amputation consécutive, qui fut pratiquée sans succès. De cinq ou six blessures à la cuisse et dans lesquelles M. Roux essaya de conserver le membre, trois nécessitèrent plus tard l'amputation consécutive, à laquelle les malades succombèrent; dans une autre, survint une hémorrhagie secondaire mortelle ; dans le cinquième cas, le malade était déjà tellement épuisé par une suppuration abondante, qu'il expira pendant que M. Roux tentait chez lui, comme dernière ressource, l'amputation. M. Roux juge tellement graves les fractures comminutives de la cuisse par armes à feu, qu'il pose le précepte de recourir toujours ici à l'amputation primitive.

M. Roux a fait, avons-nous dit, dix amputations primitives, quatre dans la continuité du bras, deux dans l'articulation de l'épaule, une à l'avant-bras, une à la cuisse, et deux à la jambe. Ainsi, il a amputé, dès le premier moment, le tiers des blessés. A-t-il été en cela au-dessus ou au-dessous de ce qui arrive aux armées? C'est aux chirurgiens militaires à répondre. M. Roux présume que les amputations primitives sont plus souvent nécessaires sur le champ de bataille, à cause du danger auquel sont exposés les blessés dans les transports ; mais que, par contre, les amputations secondaires doivent y être moins fréquentes. Il reconnaît que souvent, dans le désir de conserver un membre à des blessés, on compromet leur vie; et il se demande quelle pratique il faut préférer, ou de celle qui mutile en guérissant en définitive un plus grand nombre d'individus, ou de celle qui, écoutant des probabilités pour la conservation d'un membre, prolonge les risques de la vie pour les blessés, et en sauve en définitive un moindre nombre. Quant aux modes d'opérer, toutes celles de ces amputations qui étaient dans la continuité des membres ont été faites par la méthode circulaire; M. Roux n'y applique la méthode à lambeaux que lorsque le membre a un peu perdu de son volume naturel, et lorsqu'il convient de tenter la réunion immédiate ; il n'a même essayé celle-ci que lorsqu'il avait amputé à une certaine distance du lieu fracturé. Pour les amputations dans l'article, au contraire, M. Roux a opéré par la méthode à lambeaux, et a fait servir ceux-ci à la réunion immédiate. Dans un de ces cas, il a opéré par la méthode dite de Lafaye, c'est-à-dire en formant deux lambeaux, un supérieur ou extérieur, et un inférieur ou intérieur : dans deux autres, il a fait un lambeau antérieur et un postérieur, méthode qu'il préfère parce qu'elle a le grand avantage de laisser une plaie mieux disposée pour une réunion immédiate et une prompte

guérison. De ces trois cas, un seul, le dernier, a réussi. Sur les dix amputés, sept ont guéri, la plupart fort promptement; les trois qui ont péri ont succombé à des accidens consécutifs le 30.e le 32.e et le 35.e jour après l'opération.

M. Roux a fait cinq amputations secondaires le 20.e ou le 25.e jour après la blessure, trois de la cuisse, une du bras dans l'article. Aucune n'a réussi, les malades étaient déjà en proie aux funestes effets de la résorption purulente. Dans la cinquième, le blessé même mourut avant que l'opération fut terminée. Ainsi se trouve confirmée cette observation faite par tous les chirurgiens, que les amputations consécutives réussissent toujours moins que les primitives.

Bien que M. Roux soit partisan de toutes les sortes de résections, et, par exemple, ait appliqué cette ressource de la chirurgie à beaucoup de cas nouveaux, à l'ablation d'os du métacarpe et du métatarse pour conserver des doigts et des orteils; aux parties osseuses d'une articulation malade, dans ce qu'on appelle les tumeurs blanches au genou, au coude, au poignet, pour conserver la jambe, l'avant-bras, la main, etc.; dans les coups de feu des articulations, il préfère cependant à ce moyen l'amputation, et n'a fait aucune résection.

En ce qui concerne celles des blessures qui n'intéressaient que les parties molles, M. Roux n'appelle l'attention que sur celles dans lesquelles la balle a parcouru un long trajet sur la peau; ces plaies généralement deviennent le siége d'une vive inflammation et d'une suppuration abondante; souvent des abcès se forment dans l'intervalle de leurs deux orifices; pour hâter leur guérison, qui est fort lente, M. Roux conseille d'inciser toute la portion des tégumens qui est comprise entre leurs deux orifices.

Parmi les accidens consécutifs qu'ont offerts les blessés de la Charité, il n'y a eu ni gangrène proprement dite, ni sphacèle, ni tétanos, ni pourriture d'hôpital. Un seul blessé a été atteint de cette dernière, et encore à un degré si faible qu'elle a cédé aux premiers moyens employés. Ce blessé avait été amputé de la cuisse pour un horrible fracas de l'articulation du genou; au douzième jour, la plaie devint pâle et blafarde, et se couvrit de flocons albumineux épars, les uns adhérant aux chairs, les autres entraînés par la plus légère abstersion et par le pus, et ressemblant à des aphtes; pendant plusieurs jours des lambeaux grisâtres et comme mortifiés de tissu cellulaire et d'aponévrose se détachèrent; mais tout cela était sans fièvre, sans trouble dans aucune fonction; la plaie fut couverte de topiques acides, reprit un bon caractère après huit jours, et guérit heureusement. M. Roux remarque que la pourriture d'hôpital ne s'est montrée à la Charité, pendant une longue suite d'années, que

dans deux seuls lits de l'infirmerie ; ces lits étaient dans le voisinage de deux fontaines, dont les baquets viciaient l'air : il a éloigné les fontaines, et le mal n'a plus reparu.

Un accident consécutif qui a été plus fréquent, a été l'hémorrhagie : M. Roux l'a observée cinq fois; il l'attribue, tantôt à ce que les escarrbes se séparent avant que les vaisseaux qui avaient été ouverts soient oblitérés, tantôt à l'action des fragmens d'os sur les vaisseaux; quelquefois, enfin, à un appauvrissement, à un affaiblissement du blessé tel, que le sang sort par les vaisseaux capillaires. Dans le premier cas, l'hémorrhagie survient plutôt que dans le second. Dans celui-ci, elle est plus fréquente dans les fractures de la cuisse que dans celles des autres membres, probablement parce qu'on enlève avec moins d'exactitude toutes les esquilles osseuses, et parce qu'il est plus difficile de maintenir la cuisse dans l'immobilité. Cette hémorrhagie est tantôt instantanée, et tantôt précédée, pendant deux ou trois jours, d'un écoulement roussâtre; quelquefois elle est très-considérable dès sa première apparition; dans d'autres cas, elle est peu abondante d'abord, mais fait courir le même risque de la mort par ses récidives. Ou le sang coule aussitôt au-dehors; ou il s'épanche dans les interstices des muscles, dans le tissu cellulaire, et tuméfie considérablement les parties. Si le vaisseau artériel qui fournit le sang est accessible, il faut se hâter de le mettre à découvert et de le lier; il faut en faire la ligature, non dans le lieu même de la blessure, mais à quelque distance du côté du cœur, selon la méthode dite de Hunter. Si on agissait sur le lieu même de la blessure, et qu'on appliquât deux ligatures à l'artère, une au-dessus et l'autre au-dessous de sa blessure primitive, on ne serait pas sûr de prévenir le retour de l'hémorrhagie, parce que les parois de ce vaisseau peuvent être altérées. On doit, dit M. Roux, agir dans ces hémorrhagies consécutives comme dans les tumeurs anévrysmales, c'est-à-dire placer la ligature plus haut du côté du cœur, et même sur le tronc duquel émane l'artère qui a été blessée. C'est ce qu'il a fait cinq fois. 1.° Un homme reçoit dans la bouche une balle qui casse quelques dents de la mâchoire inférieure, passe sous la langue, et sort près l'angle droit de cette mâchoire : une première hémorrhagie survient le huitième jour de la blessure, on lui oppose la cautérisation; elle récidive le surlendemain : jugeant que l'une des deux artères linguales, ou même les deux, donnent le sang, M. Roux cherche, par des compressions alternativement exercées sur l'une et l'autre des deux carotides primitives, à savoir lequel de ces deux troncs alimentait l'hémorrhagie et devait être lié; et il lie la carotide primitive droite immédiatement au-dessous du larynx, avec deux ligatures rubanées placées fort près l'une de l'autre, et nouées chacune séparé-

ment sur un petit cylindre de sparadrap. Le dix-huitième jour de l'opération, ces ligatures tombèrent, et le malade fut promptement guéri. 2.° Un jeune homme est atteint par une balle à la partie moyenne de la cuisse; le fémur est brisé en éclats. Les quatre premiers jours on ne fait aucun débridement, la cuisse est fortement tuméfiée. Pendant quinze jours, il ne survient aucun accident; mais alors survient une hémorrhagie considérable, dont le sang s'épanche en grande partie dans la cuisse, qui se tuméfie prodigieusement; une incision qui y est pratiquée donne issue à un mélange de sanie brunâtre, de sang coagulé et de sang artériel; l'artère crurale est mise à nu et liée à peu de distance au-dessous de l'origine de l'artère musculaire profonde; néanmoins le blessé meurt au bout de quelques heures. 3.° Le troisième cas est à-peu-près semblable au précédent, seulement on avait fait les débridemens nécessaires pour l'extraction des esquilles, et une suppuration sanguinolente précéda de quatre jours l'hémorrbagie. L'artère crurale fut liée au pli de l'aîne, de manière à conserver l'origine de la musculaire profonde, et néanmoins le blessé succomba deux jours après. La dissection fit voir que chez lui l'artère musculaire profonde, au lieu de naître ô dix-huit lignes à-peu-près au-dessous du ligament de Fallope, avait son origine derrière l'arcade crurale; de sorte que, pour remédier à une hémorrhagie par cette artère, il aurait fallu lier l'artère iliaque externe. 4.° Un homme a l'épaule droite traversée d'avant en arrière par une balle qui avait passé un peu au-dessous de l'articulation, et en dedans de l'humérus; cet os est fracturé, mais sans éclats, et la fracture en est méconnue. Les quinze premiers jours se passent sans accidens; mais alors surviennent des hémorrbagies, légères à la vérité, mais qui récidivent toutes les vingt heures; on n'y opposa d'abord que des moyens simples; on attendit une indication plus positive pour faire la ligature de l'artère axillaire; mais le blessé fut, la nuit, atteint d'une hémorrhagie si considérable, qu'il ne put demander du secours; on le trouva, le matin, baigné dans son sang et sans connaissance. Vainement on recourut, pour faire cesser la syncope, aux frictions sur le corps, aux aspersions d'eau froide sur le visage, aux fumigations de vinaigre et d'ammoniaque; un moment on parut rappeler la vie en comprimant l'aorte abdominale à travers les parois de l'abdomen, et en réduisant ainsi de moitié l'étendue du système artériel; mais après cinq à six minutes, pendant lesquelles le blessé ouvrit les yeux et parla, la syncope revint, et avec elle la mort. 5.° Enfin, le dernier cas a trait à un des deux individus auxquels M. Roux a fait l'amputation dans l'article. On a vu qu'il préfère pour cette amputation le procédé à deux lambeaux, un antérieur et un postérieur, séparés à leur base par le plus petit diamètre de

la cavité glénoïde. Dans le cas dont il s'agit ici, il avait été obligé de suivre un autre procédé, celui à un lambeau supérieur ou externe, et à un lambeau inférieur ou interne; le désordre des parties blessées l'avait exigé ainsi. Les quinze premiers jours se passèrent sans accidens; mais alors apparut une première hémorrhagie, qu'on arrêta en comprimant le moignon; sa récidive, au bout de quelques heures, engagea M. Roux à pratiquer la ligature de l'artère axillaire, immédiatement au-dessous de la clavicule. Huit autres jours s'écoulèrent, pendant lesquels le blessé reprit des forces et parut hors de danger : mais au bout de ce temps l'hémorrhagie reparaît, et provient manifestement de l'artère axillaire, qu'ont trop promptement coupée les ligatures. M. Roux met de nouveau cette artère à nu, et la lie au-dessus de la clavicule. Il n'y eut plus d'hémorrhagie, mais le blessé ne put revenir de l'affaiblissement dans lequel il avait été jeté. Pour l'arracher à une prostration qui faisait présager une mort prochaine, M. Roux tenta encore d'infuser, par la veine médiane du bras de ce blessé, du sang qui venait d'être tiré du bras d'un des élèves internes de la Charité, et dont on avait maintenu la fluidité et la température; mais tout cela fut vain, le blessé mourut peu d'instans après qu'on lui eut infusé ainsi une livre de sang environ. L'ouverture du corps fit voir que ce sang s'était accumulé dans les cavités droites du cœur et dans les grosses veines qui succèdent à la médiane.

Cette lecture de M. Roux amène une discussion. M. Moreau explique pourquoi les blessés de juillet n'ont pas présenté la stupeur qu'on assigne comme caractère constant aux plaies d'arquebusade; cela tient, selon lui, à ce que toutes les blessures ont été faites par des balles ou de la mitraille, et non par des boulets de gros calibre et lancés à haute volée. M. Villermé a remarqué aussi, dans la guerre de Portugal, combien les blessures des membres inférieurs l'emportent en gravité sur celles des membres supérieurs; la mort en est bien plus souvent la suite; et alors, à la nécropsie, on trouve toujours des ecchymoses dans le tissu cellulaire du bassin; ce dernier fait tient à la fixité des membres inférieurs servant de soutien au corps, fixité qui contraste avec la mobilité des membres supérieurs. M. Gimelle croit que M. Roux a été trop absolu dans le précepte qu'il a donné d'amputer de suite dans les fractures comminutives des membres inférieurs; il ajoute qu'on guérit plus d'amputations consécutives que ne le dit M. Roux, le nombre aux armées est de moitié. Sur cinq de ces amputations qui ont été faites à l'hôpital du Gros-Caillou par suite des événemens de juillet, deux ont guéri; et dans l'un des trois autres cas, la mort n'est arrivée que le trente-cinquième jour, et à raison d'une indigestion. M. Larrey, enfin, conteste que les chi-

rurgiens militaires pratiquent aux armées les amputations primitives d'après la considération des dangers auxquels les transports exposent les blessés; ils ne se laissent guider en cela que par l'état même des blessures.

Séance du 16 novembre. — **Sujet de prix pour 1831.** — L'Académie reprend la discussion relative au choix d'un sujet de prix, et s'arrête à la sixième question, limitée comme l'avait proposée M. Adelon : *Faire connaître quelles sont, parmi les altérations des solides et des liquides observées à l'ouverture des corps, celles qui sont ou peuvent être cadavériques, et faire l'histoire de ces altérations.*

Remèdes secrets. — M. Guibourt, au nom de la Commission des remèdes secrets, propose et fait adopter le rejet de plusieurs remèdes secrets. 1.° Un emménagogue sous forme de vin, d'extrait et de sirop, proposé par M. Senteuac, pharmacien à Saint-Giron, département de l'Arriége, et qui n'est qu'un remède ferrugineux depuis long-temps connu. 2.° Un remède contre le mal de dents, du sieur Albert, propriétaire à Carcassonne, consistant en une composition huileuse dont on se frotte la joue. 3.° Un baume du sieur Bertrand, d'Angoulême, contre les douleurs aiguës et chroniques, liniment volatil composé qui n'a rien de nouveau. 4.° Enfin, un remède proposé par le sieur Lavoignat, de Paris, contre la dysenterie d'Alger, et qui guérit, dit-on, cette maladie en trois jours. Ce remède est composé de vin rouge, d'eau-de-vie, d'huile d'olives et de cassonade brute, dans la proportion de deux cuillerées de chacune de ces substances, et battues avec un jaune d'œuf. On prend de ce mélange une cuillerée avant le déjeûner, une autre avant le dîner, et une heure ou deux après le souper.

Remède secret, question médico-légale. — En avril dernier, le jury médical de Lyon saisit chez le sieur Roman, pharmacien, plusieurs flacons étiquetés *tisane portative de salsepareille*, accompagnés d'imprimés, destinée au traitement des maladies vénériennes, et qu'il qualifiait de *remède secret*. Par suite, le procureur du Roi fit condamner M. Roman comme coupable d'avoir vendu un remède secret, sans *avoir obtenu l'autorisation prescrite par le décret du* 18 *août* 1810. M. Roman appela de ce jugement sur le motif que le remède saisi chez lui n'est composé que de salsepareille, n'offre de nouveauté que dans le *perfectionnement de sa préparation*, et par conséquent n'avait pas besoin d'une autorisation spéciale pour être vendu. La Cour royale de Lyon, avant de statuer sur cet appel, a ordonné que la bouteille saisie serait envoyée à l'Académie de médecine, pour que cette compagnie *l'analysât, en connût la composition et la préparation, et déclarât si ce remède est nouveau.* Le Ministre

de l'Intérieur a saisi de cette affaire l'Académie, et M. Guibourt, au nom de la commission des remèdes secrets, lit sur cette affaire un rapport, dont voici les conclusions. La commission pense que le procédé de M. Roman, loin de constituer un perfectionnement, est plus défectueux que celui qui est suivi d'ordinaire pour la préparation du sirop de salsepareille. Elle déclare que son remède n'est pas *nouveau*, puisqu'il n'est que du sirop de salsepareille préparé à dose double de racine, ce qui a déjà été conseillé et exécuté. Mais comme M. Roman a appelé ce sirop d'un nom nouveau, celui de *tisane portative*; comme dans un prospectus imprimé qui est joint à chaque bouteille, ce pharmacien déclare que son remède est *préparé par un procédé qui n'est connu que de l'auteur de ce nouveau médicament*; comme il ajoute *qu'on ne doit accorder aucune confiance à tout flacon qui ne serait pas accompagné d'une étiquette et d'un prospectus portant la signature de l'auteur*; la Commission trouve dans tous ces faits la preuve que le sieur Roman a voulu faire considérer sa tisane comme remède secret; et elle conclut conséquemment à ce que, dans l'espèce, cette tisane soit considérée comme telle par les tribunaux. Ce rapport est adopté.

Brodequin orthopédique. — M. Bricheteau fait un rapport sur un appareil inventé par M. Marcel, pour servir dans les difformités du pied. Cet appareil est un brodequin ordinaire, garni de deux grosses pièces de bois, dont le jeu a pour but d'élever la pointe du pied. Mais cet appareil a un poids et un volume considérable, qui en rendent l'application gênante et difficile. Il est bien compliqué pour ne produire qu'un effet aussi facile à obtenir que celui de l'élévation de la pointe du pied. Les côtés du brodequin ne présentent aucune résistance. L'appareil a deux points d'appui, l'un en arrière, fixe, et l'autre sous la pointe du pied, mobile; et comme c'est un cric qui les met en jeu, il arrive que l'angle qui résulte de leur rapprochement est susceptible de varier dans son ouverture. A tous ces titres, le rapporteur conteste les avantages de cette machine, et lui préfère un appareil de Venel, modifié par MM. D'Ivernois et Millet, et qui consiste en un brodequin de cuir très-simple, dont la semelle est une planchette légère de bois de noyer, et auquel est adaptée une tige en fer qui fait exécuter au pied tous les mouvemens désirables : le pied lacé dans le brodequin ne peut dévier ni à droite ni à gauche.

Séance du 23 novembre. — M. Boudet fait un rapport sur un mémoire de M. Reuchaz, pharmacien de première classe à Toulon, relatif à la découverte d'un nouveau principe colorant rouge. Le rapporteur conteste la réalité de ce principe, qui n'a pas été isolé complètement ni analysé.

SERINGUE. — M. Thillaye, au nom d'une commission, fait un rapport sur une seringue d'une nouvelle espèce, dite *seringue plongeante*; et d'un volume si petit, que la boîte qui la renferme peut être mise en poche. Le corps de l'instrument, gros comme une petite seringue à injection, ne peut contenir au-delà de vingt grammes d'eau. On y adapte un tuyau plus ou moins long, et qui va plonger dans une cuvette qui contient le liquide à injecter. L'inconvénient de cet instrument est la lenteur avec laquelle il opère; il faut cinquante coups de piston pour introduire dans l'intestin le volume d'un lavement ordinaire. On y remédierait en partie en disposant l'appareil de manière que le jet soit continu et non interrompu pendant la montée du piston.

ÉPIDÉMIE A FRECONRUPT, DÉPARTEMENT DES VOSGES. — Mémoire de M. le docteur Jacquot; rapport de M. Dalmas. — L'épidémie, qualifiée de typhus dothinentérique, a duré huit mois, a atteint les deux tiers des habitans, en a fait périr trente-deux, ce qui fait à-peu-près un mort sur six malades. Ce mal, selon M. Jacquot, a été contagieux, parce qu'il s'est propagé de rues en rues, de maisons en maisons, et parce qu'il a respecté tous les individus qui se sont séquestrés, ou qui antérieurement avaient eu la maladie. Du reste, Freconrupt est dans une situation salubre; mais les habitans en sont très pauvres, mal nourris, et ces circonstances peuvent avoir eu la plus grande part au développement du mal.

FEUILLES DE HOUX CONTRE LES FIÈVRES INTERMITTENTES. — Mémoire de M. Rousseau, médecin au Jardin du Roi; rapport de M. Mérat. — En 1822, M. Rousseau avait envoyé à l'Académie, de premières observations sur l'efficacité des feuilles de houx dans les fièvres intermittentes; prises en poudre à la dose d'un gros et demi pendant plusieurs jours, ces feuilles avaient constamment triomphé de la maladie. En 1827, M. Saint-Amand, médecin à Meaux, envoya des observations qui prouvaient le même fait, et aujourd'hui M. Rousseau le confirme par de nouvelles. Parmi celles-ci il en est une dans laquelle la fièvre avait résisté au quinquina et au sulfate de quinine, et qui céda à une once et demie de poudre de feuilles de houx prise en quatre doses. M. Mérat rappelle, d'une part, les bons effets qu'ont retirés des feuilles de houx, M. Constantin, médecin de la marine à Rochefort, M. Raymond, médecin à Toulon, MM. Delormel et Serrurier à Paris, et d'autre part, l'insuccès qu'a eu ce médicament entre les mains de M. Chomel : il ne croit pas cependant que les trois observations de ce dernier puissent prévaloir sur les nombreux cas dans lesquels les feuilles de houx ont été efficaces. — M. H. Cloquet dit avoir plusieurs fois employé le houx depuis le premier mémoire de M. Rousseau, et lui avoir reconnu la même effi-

cacité qu'au quinquina. Sur cinq fois qu'y a eu recours M. Louis, deux ont réussi.

BOISSON NOUVELLE. JEREMBERG. — MM. Menissier et Jaeger, joailliers à Paris, ont demandé un brevet d'invention pour une boisson qu'ils ont inventée, et qu'ils appellent *jeremberg*. Le ministre de l'intérieur demande à l'Académie si cette boisson est exempte de tout inconvénient, sous le rapport de la santé publique. M. Virey, au nom d'une commission, dit que cette boisson limpide, sucrée, acidule, légèrement aromatique, mousseuse, est préparée avec du sucre mis à l'aide d'un ferment à l'état de fermentation vineuse, de l'eau, des tranches de citron et du gingembre; c'est donc une limonade vineuse et aromatique qui n'a rien de dangereux pour la santé.

CADAVRES RAPPORTÉS DES COLONIES EN EUROPE. — Le ministre de la marine consulte l'Académie sur la question de savoir s'il peut être permis de rapporter en France, sur les bâtimens de l'État, les corps des personnes décédées dans les colonies, par suite de la fièvre jaune ou d'autres maladies. M. Soubeyran, au nom d'une commission chargée de l'examen de cette question, fait un rapport dont voici les conclusions, 1.° tout transport sera interdit, quand la fièvre jaune ou une maladie contagieuse suspecte règne dans les colonies; 2.° le transport sera autorisé, quand la fièvre jaune ou aucune autre maladie contagieuse ne règne pas, ou a cessé depuis long-temps de se montrer; 3.° le transport ne sera permis que quand l'autorité locale aura constaté que le corps aura été convenablement embaumé par les gens de l'art; 4.° enfin, ce transport ne pourra se faire qu'avec l'autorisation du ministre de la marine pour les bâtimens de l'État, et du ministre de l'intérieur pour les bâtimens du commerce. — Sur la proposition de M. Desportes, l'Académie impose encore cette autre condition, qu'à son arrivée en Europe le cercueil sera aussitôt inhumé sans être ouvert.

Séance du 30 *novembre*. — VACCINE. — Tableau des vaccinations pratiquées en 1829 dans les départemens de la Côte-d'Or et du Haut-Rhin : *Côte-d'Or*, naissances, 10,417; vaccinations, 9,304; varioles, 125; morts de la variole : 13 : *Haut-Rhin*, naissances, 15,981; vaccinations, 8,348; varioles, 63; morts de la variole, 12.

SUICIDE DU PRINCE DE CONDÉ. — M. Marc lit un mémoire intitulé : *Examen médico-légal des causes de la mort de S. A. R le prince de Condé.* Dans ce mémoire, M. Marc établit que le Prince a péri par strangulation, et que cette strangulation est le fait d'un suicide, et non d'un assassinat : 1.° le Prince a péri par strangulation; car, d'une part, l'extérieur de son corps n'a offert aucune lésion grave, encore moins mortelle; et d'autre part, son cadavre a présenté toutes les lésions extérieures et intérieures spécifiques de la strangulation par suspen-

sion, savoir, une empreinte avec dépression autour du col; à cette empreinte, une altération de la peau, devenue à ce lieu dure, sèche, comme parcheminée, et d'une couleur jaune livide; la tuméfaction, la lividité de la langue qui débordait de trois lignes la lèvre supérieure qu'elle soulevait; une demi-érection des corps caverneux, et des indices qu'il y avait eu une récente émission de sperme; un engorgement sanguin dans les veines jugulaires profondes, dans les vaisseaux cérébraux; une fluidité notable du sang; un épanchement séreux considérable dans les ventricules du cerveau et à la base du crâne; la tuméfaction de la langue jusqu'à l'arrière-bouche; l'injection et la couleur rouge obscure de la membrane muqueuse des bronches; la présence de mucosités spumeuses et sanguinolentes dans toutes les divisions bronchiques; la couleur noire ardoisée des poumons, et l'engorgement sanguin de leur parenchyme; enfin, la vacuité des quatre cavités du cœur, etc. M. Marc pense que ce n'est que par exception que la sugillation au col manque chez les pendus; il cite Remer, qui, sur 102 pendus, ne l'a vu manquer que dix fois. Il professe de plus, que cette sugillation est une preuve certaine que la suspension a eu lieu pendant la vie; et comme elle existait chez le prince, cela seul suffirait, selon lui, pour assurer que le prince a été pendu vivant, et par conséquent a péri par strangulation. Il tire la même conséquence de l'état de la langue, qui n'aurait été ni tuméfiée, ni projettée en dehors de la bouche, si la suspension avait eu lieu après la mort. Enfin il trouve dans toutes les altérations rapportées en dernier lieu les effets accoutumés de la suffocation et de l'apoplexie, double cause qui, le plus souvent, amène la mort dans la suspension. 2.° La strangulation a été le fait d'un suicide, et non d'un assassinat; car le col était entouré par une cravatte blanche, peu serrée, fixée par un double nœud; il présentait, sur ses parties extérieures et latérales, une dépression qui, se dirigeant obliquement en haut et en arrière, se terminait vis-à-vis les apophyses mastoïdes et manquait à la partie postérieure; de plus, cette dépression, qui, après un assassinat, aurait eu une direction parallèle à la mâchoire inférieure, et qui aurait existé en arrière du col comme en avant et sur les côtés, avait une largeur proportionnée à celle de la cravatte. Enfin, aucunes traces de violence sur le corps ne révélaient la lutte qu'aurait eue à soutenir le prince contre des assassins. M. Marc s'appuye encore ici de l'état moral dans lequel était le prince de Condé; depuis la mort de son fils le duc d'Enghien, ce prince était dans une mélancolie habituelle; la chasse à laquelle il se livrait avec passion et d'une manière exclusive, n'avait pour but que de le distraire, et cette distraction n'était que momentanée. Les événemens politiques de juillet ajoutèrent à sa tristesse, et un billet déchiré, écrit de

sa main depuis ces événemens, et qu'on a trouvé dans sa chambre, révèle assez la terrible secousse qu'il éprouva alors. On voit dans ce billet les tourmens d'un mélancolique qui se croit calomnié, menacé, et auquel, dit-il, *il ne reste plus qu'à mourir*. Enfin, depuis un mois il avait cessé son exercice favori, et une vie sédentaire avait fait place à la vie excessivement active qui lui était habituelle. M. Marc voit dans un pareil état tout ce qui peut pousser au suicide. Il ne laisse pas ignorer que lorsqu'on a trouvé le cadavre du prince suspendu à l'espagnolette de la croisée de sa chambre, les jambes n'avaient pas entièrement quitté le sol, et le touchaient par l'extrémité des pieds. Mais cette circonstance n'exclut pas le suicide; elle se rencontre assez souvent; sur les 102 cas de suspension dont parle Remer, ce médecin l'a remarquée 14 fois. Elle peut s'expliquer, ou par la forte volonté qu'a l'individu de se suicider, volonté qui est quelquefois extrême; ou par une paralysie cérébrale soudaine qui ôte à l'individu la force de faire cesser la suspension en se relevant sur ses pieds; ou plutôt enfin par la congestion sanguine du cerveau qui, suivie d'une semblable paralysie, amène une égale impuissance. Quelle que soit du reste l'explication du fait, il est incontestable; et dans son mémoire M. Marc en rapporte dix observations bien authentiques; les individus étaient, les uns à genoux, les autres comme assis, et cependant n'ont pu se relever pour éviter la mort.

Cette communication amène une discussion. M. Orfila conteste que sur cent pendus, il y en ait au moins quatre-vingt-dix qui présentent une ecchymose au cou; déjà M. Esquirol a publié dans un mémoire spécial sur cette question (*Voyez* le Tom. I.er des Archives, pag. 1), que l'ecchymose manquait souvent chez les pendus; et lui-même a fait semblable remarque en beaucoup de cas. Souvent aussi manquent les altérations spécifiques des congestions cérébrale et pulmonaire. Enfin, l'empreinte de la peau au col n'est pas une ecchymose, mais un effet de la dessication de cette membrane, et il l'a remarquée chez des cadavres qu'il avait pendus exprès. — M. Esquirol dit que plusieurs cas nouveaux de suspension qu'il a recueillis depuis la publication de son mémoire, lui ont prouvé la vérité de ce qu'il avait avancé, savoir, l'absence de toute sugillation au col; mais il croit avec M. Marc, que la présence de cette sugillation prouve que la suspension a eu lieu pendant la vie: il ajoute que les fous lui ont paru périr par la strangulation plus vite que tous autres individus. M. Castel avance que les effets de la strangulation sont d'autant plus rapides que les individus sont plus âgés.

Séance du 7 décembre. — Vaccine. — Tableaux des vaccinations pratiquées en 1829, dans les départemens de la Seine et de la Dor-

dogne : *Seine*, 34,149 naissances; 11,205 vaccinations; 282 individus morts de la variole : *Dordogne*, 6,917 vaccinations.

Cholera morbus de la Russie. — M. Adelon lit un mémoire sur le cholera morbus qui à la fin de 1829, a éclaté dans la ville d'Orenbourg; mémoire fait par un médecin russe, et dont le consul de France à Odessa a envoyé une traduction au ministère français. D'après les vomissemens et la diarrhée continuelle que présente cette maladie, le médecin russe la qualifie d'inflammation aiguë des intestins. Tantôt elle a une marche lente, et alors on lui reconnaît trois périodes; une d'invasion qui dure trois jours et plus, marquée par des douleurs à la poitrine et à l'abdomen et par de la constipation; une d'augment, dans laquelle arrivent la diarrhée, les vomissemens, la soif, la fièvre aiguë, la chaleur intense de la peau, et plus tard la prostration des forces, tout cela en trois ou quatre heures au plus; enfin, une troisième qui en huit ou douze heures fait périr le malade, ou qui aussi promptement le rend à la vie, ne lui laissant qu'une grande faiblesse et une grande répugnance pour les alimens. Tantôt au contraire elle a une invasion brusque, et dès la première heure, le malade a les symptômes de la deuxième période. L'auteur du mémoire n'a ouvert qu'un seul cadavre; les muscles étaient flétris et comprimés, les poumons jaunes et peu sanguins; le ventre et le gros intestin de couleur ordinaire, mais vide et relaché; le petit intestin pourpré et livide, ses vaisseaux injectés de sang noir; dans sa cavité existait une grande quantité de matière jaune, gluante et bilieuse. Les veines étaient pleines de sang noir; la vésicule biliaire gorgée de bile, et la vessie pleine d'urine. Il avoue ignorer les causes de ce mal : on avait accusé l'usage immodéré du melon d'eau; mais d'autres pays ont impunément usé de ces alimens sans avoir le cholera-morbus. Il soupçonnerait plutôt la présence de graines ergotées dans le seigle, ou une maladie quelconque du riz ou des autres céréales. Il ne croit pas qu'il ait été importé d'Asie. Les tempéramens sanguins, bilieux, la tristesse, le défaut d'exercice, la suppression de la transpiration, le froid, les affections tristes de l'ame, sont autant de causes qui y prédisposent. L'auteur croit que la maladie a été contagieuse à Orenbourg. Le conseil de médecine avait ordonné de couper toute communication avec les pays où regnait la maladie, d'isoler dans ceux-ci les malades, et de substituer à des habitations humides, froids et basses, des habitations salubres. Il voulait que personne ne sortît le matin avant d'avoir pris une décoction amère, ou un mélange de gouttes d'Hoffmann et d'eau de menthe. On a aussi vanté et employé comme moyen préservatif l'eau de goudron. Dans la première période, l'auteur du mémoire a employé d'abord de doux purgatifs, dix à vingt sangsues sur la partie supérieure du ventre.

Dans la seconde période, il a eu recours d'après l'instruction du conseil de médecine, d'abord, à la saignée, soit générale, soit locale, qui le plus souvent a été utile; puis au calomel porté quelquefois jusqu'à la dose de quinze grains en une seule prise; au laudanum liquide de Sydenham mêlé à de l'huile de menthe; à des frictions spiritueuses sur la peau, et à des *bains de cuve chauds*. Le médecin russe conclut, qu'avec les moyens nécessaires employés à temps, on guérit toujours du cholera morbus.

Seringue a injection. — M. Ségalas, au nom d'une commission, fait un rapport sur un instrument inventé par M. Filbol, et que ce médecin destine tout à-la-fois à injecter des gaz, des liquides dans les organes creux du corps, estomac, vessie, et à retirer de ces organes les gaz, les liquides, les matières pultacées qui y sont contenus. Cet instrument consiste en un corps de seringue, garni de son piston, à la partie inférieure duquel sont deux tubes parallèles garnis chacun d'une soupape; ces soupapes sont disposées en sens opposé, de façon que l'une permet aux fluides de pénétrer dans la seringue quand on élève le piston, et s'oppose à leur reflux quand ils y ont pénétré; et que l'autre les chasse de la seringue quand on élève le piston, et s'oppose à leur rentrée quand on le relève. On ajoute à ces tubes d'autres tubes en métal ou en gomme élastique, de diverses formes, longueur et grosseur, et qu'on introduit dans les organes creux que l'on veut vider, ou dans lesquels on veut injecter des gaz ou des liquides. La commission a fait essai de cet instrument sur des cadavres, et a reconnu qu'il remplit bien l'objet annoncé par l'auteur; elle a injecté avec facilité des gaz, des liquides dans l'estomac, la vessie, et en a extrait avec une égale facilité ces substances : il n'est pas nécessaire de retirer de l'estomac le tube qui y a porté l'injection, quand on veut en extraire celle-ci; il suffit de démonter chacun des deux tubes qui portent les soupapes, et de changer leurs rapports avec ces soupapes. La commission remarque cependant qu'elle n'a extrait les matières pultacées qu'avec difficulté, à cause de l'étroitesse des ouvertures fermées par les soupapes. Elle conclut en déclarant cet instrument, qui peut aussi remplacer la pompe à ventouse, supérieur à tous les instrumens du même genre inventés dans le même but, soit en France, soit en Angleterre.

Stomatite. — M. Duval, au nom d'une commission, fait un rapport sur un mémoire de M. Caffort, médecin à Narbonne, relatif à une stomatite qui a attaqué pendant l'été de 1829, les jeunes soldats dans le midi de la France. Selon M. Caffort, cette maladie attaque chaque été les recrues dans les départemens méridionaux; en 1829 elle a atteint 150 soldats à Narbonne. Sa nature est évidemment inflammatoire, sans avoir rien en elle de couenneux, de pultacé. Selon

son degré d'intensité, elle peut être distinguée en stomatite simple, stomatite ulcérée et stomatite gangréneuse. Il lui oppose localement des ablutions adoucissantes, ou la cautérisation avec le nitrate d'argent, et dès son origine des délayans et des laxatifs pour prévenir son extension dans le canal intestinal. Il ne croit la maladie ni contagieuse, ni épidémique, puisqu'elle épargne les vieux soldats et n'attaque que les recrues. Il ne trouve les causes de cette maladie, ni dans le voisinage de la mer, ni dans l'habitation et l'habillement; mais il soupçonne que la nourriture animale dont usent plus complètement les recrues à leur arrivée au régiment, y a la plus grande part. Il se fonde sur ce que les conscrits de la Charente-Inférieure, qui se nourrissent bien moins que ceux du Rhône, lui ont présenté plus de malades que ces derniers. Il conseille conséquemment de ne soumettre que graduellement les recrues à une alimentation animale. Le rapporteur remarque que déjà Arétée avait décrit la maladie sous le nom *d'aphthes*, et avait conseillé pour son traitement local l'alun et les caustiques : déjà aussi il lui avait assigné pour cause l'alimentation; mais il en accusait les boissons et une mauvaise nourriture. — M. Villermé conteste que le passage d'une nourriture végétale à une nourriture animale puisse avoir l'effet indiqué par M. Caffort; il est faux d'ailleurs que les habitans de la Charente-Inférieure se nourrissent mal; quoique pauvres, ils usent de bons alimens.

Rage et galvanisme. — M. Breschet fait un rapport sur une note qu'a lue le 3 août dernier, à l'Académie, M. le docteur Pravaz. (*Voyez* le tome XXIII des *Archives*, page 591.) Cette note était relative au traitement préservatif de la rage par le galvanisme. M. Breschet rappelle les recherches expérimentales qui ont été faites sur ce sujet par MM. Wedemeyer et Scudamore, et celles par laquelle M. Pravaz avait prouvé la puissance du galvanisme pour conjurer les effets de la morsure de la vipère. Selon ce médecin, le galvanisme détermine la formation d'une escarrhe sur la surface de la plaie vénéneuse, ne nécessite pas comme la cautérisation par le fer ou des caustiques des débridemens préalables, agit profondément comme à la superficie, neutralise chimiquement le virus ou le venin contenus dans les plaies, enfin on prévient l'absorption en déterminant à distance dans les vaisseaux capillaires une constriction qui s'oppose à cette action. M. Breschet partage ces diverses opinions, et propose que M. Pravaz soit prié d'expérimenter devant la commission que l'Académie a chargé de recherches sur la rage. — Adopté.

Une dsscussion s'engage sur ce rapport. — M. Bally demande si c'est à l'aide d'aiguilles que M. Pravaz introduit le fluide électrique dans les plaies; il ne croit pas que de simples plaques fussent suffisantes. Il doute aussi que le fluide galvanique appliqué aux plaies

amene un exsudation de fluides dans ces plaies ; dans le fréquent emploi qu'il a fait du galvanisme, il n'a jamais remarqué cet effet ; d'une part, l'aiguille employée était sèche, oxydée ; d'autre part, à la surface de la plaie se formait une escarrhe sèche ; de sorte que rien ne prouve que le galvanisme détermine un appel des fluides. — M. Piorry répond qu'en effet ce sont des aiguilles qu'emploie M. Pravaz ; de plus, l'exsudation provoquée est un fait constant, car la plaie devient humide, et même verse du sang. — M. Ségalas dit qu'on a diversement expliqué la manière dont agit le galvanisme ; les uns par la cautérisation des tissus ; les autres par la neutralisation du venin ; quelques autres par l'obstacle qu'il apporte à l'action d'absorption ; il serait, selon lui, très-intéressant de vérifier ce dernier fait. — M. Villermé regarde aussi comme de haute importance de s'assurer si le venin est vraiment neutralisé. — M. Rochoux croit que le galvanisme a agi à-la-fois, et en cautérisant les parties, et en neutralisant le virus. — M. Piorry enfin dit que l'absorption du virus est déjà elle-même un fait douteux, car on peut expliquer par l'irradiation des nerfs de la partie blessée sur le reste de l'économie, les effets attribués à cette absorption.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Académie royale des Sciences.

Séance du 2 novembre. — HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES. — M. le docteur Velpeau lit un mémoire intitulé : *Recherches sur la cessation spontanée des hémorrhagies traumatiques primitives, et sur les moyens qui dans certains cas, pourraient servir de succédanés à la ligature des artères.* Ce travail, du plus haut intérêt pour la chirurgie, et dans lequel sont exposées les ingénieuses expériences de l'auteur sur les effets hémostatiques de la torsion des parois artérielles, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Magendie et Serres : nous le ferons connaître lorsque le rapport aura été fait à l'Académie.

Séance du 8 novembre. — CHOLERA-MORBUS. — MM. les docteurs Corbin, Ajasson de Grandsagne, Foué et Brière de Boismont, demandent à faire partie d'une commission qui serait envoyée en Russie pour étudier le choléra-morbus. Les lettres de ces médecins sont renvoyées à la section de médecine, qui doit les prendre en considération si le gouvernement consulte l'Académie à ce sujet. Ces demandes, provoquées par l'observation qu'a faite M. le docteur Larrey, dans la dernière séance, à l'occasion de la lettre de M. Gamba (*V.*

p. 459 de ce volume), resteront probablement sans résultat, car les craintes qu'avait fait concevoir le cholera-morbus ont été dissipées par des nouvelles récentes de Moscou et autres villes de Russie. Cette maladie a considérablement perdu de son intensité à la première apparition des froids, et si, comme tout porte à le croire, l'hyver en arrête complètement les progrès, il deviendra tout à fait inutile de former une commission médicale.

Pellagre et folie pellagreuse — M. le docteur Brierre de Boismont lit un mémoire sur *la pellagre et la folie pellagreuse*, appuyé sur des observations qui ont été recueillies dans le grand hôpital de Milan. Il résulte des recherches de ce médecin, que le royaume Lombardo-Vénitien est, depuis un grand nombre d'années, ravagé par une espèce de lèpre que les Italiens désignent par le nom de *pellagra*. Cette maladie, qui paraît faire constamment des progrès, sévit annuellement sur des milliers d'individus, principalement sur des habitans de la campagne qui luttent contre toutes les nécessités de la vie et se trouvent placés dans les conditions hygiéniques les plus défavorables. La pellagre s'annonce par une rougeur érysipélateuse des parties de la peau exposées au soleil, rougeur qui se termine par desquammation. Pendant la durée de l'hiver, elle semble cesser entièrement, mais elle se reproduit au printemps pour disparaître de nouveau lors du retour des froids. C'est dans cette seconde période que survient une folie particulière, affectant presque toujours une forme religieuse accompagnée de tendance au suicide, et, dans un assez grand nombre de cas, d'un violent désir de tuer les enfans, circonstance qui confirme les observations de MM. Esquirol, Marc et Georget, et celles de l'auteur lui-même, sur la réalité de la monomanie homicide. Dans la troisième période, la peau offre une analogie frappante avec celle des sujets affectés de lèpre ou d'éléphantiasis. Suivant l'opinion des médecins Italiens, cette singulière maladie est mortelle, surtout dans les deux derniers degrés : du moins jusqu'ici, aucun résultat avantageux n'a été obtenu, quelques moyens qui aient été mis en usage. M. le docteur Brierre de Boismont, qui a observé la pellagre, non seulement à Milan, mais encore dans les hôpitaux de Pavie, de Brescia, de Vérone, de Vicence, de Venise, de Bologne, de Florence et de Parme, termine son travail par les corollaires suivans : 1.° Cette maladie a son origine dans les organes digestifs, d'où elle s'irradie ensuite vers les systèmes cutanés et nerveux; mais l'altération de la peau, qui manque quelquefois, qui n'est pas toujours en rapport d'intensité avec les autres symptômes, et qui peut même cesser sans qu'il y ait guérison, est évidemment consécutive, et cela dans tous les cas sans exception. 2.° Les symptômes, les causes et les lésions ne laissent pas le moindre doute sur la nature inflammatoire du mal et sur son siége

véritable. 3.° Les causes déterminantes de la pellagre appartiennent à la classe des irritans. 4.° Les altérations pathologiques qu'on trouve dans les systèmes digestif, céréhro-spinal et tégumentaire externe sont les produits de l'inflammation. 5.° Les trois périodes ne sont pas toujours aussi nettement tranchées qu'on l'a prétendu; la seconde, presque constamment mortelle, si les circonstances ne changent pas, peut rester stationnaire pendant plusieurs années; la troisième est incurable. 6.° L'éloignement des lieux et le changement de vie exercent une heureuse influence sur la pellagre, et cette maladie, qui n'est point contagieuse, est héréditaire et tend sans cesse à faire des progrès. 7.° Le traitement anti-phlogistique est celui qui paraît compter le plus de succès; mais, pour arrêter la marche de ce fléau, il est indispensable de recourir à de bonnes mesures hygiéniques et administratives.

Ce mémoire, accompagné de trois belles planches coloriées, représentant les divers degrés de la pellagre, et d'un tableau d'anatomie pathologique, est renvoyé, d'après la demande de l'auteur, à la commission future des prix Monthyon.

Séance du 16 décembre. — Cholera-morbus. — MM. les docteurs Eusèbe de Salle et Lespès, demandent à faire partie de la commission qu'ils supposent devoir être envoyée en Russie pour observer le cholera-morbus. Le premier de ces médecins pense, d'après les renseignemens qui lui ont été fournis par des voyageurs russes, que l'influence du froid n'est pas, sur cette maladie, la même que sur la fièvre jaune; c'est ainsi, qu'au rapport de M. de Humboldt, un cholera-morhus épidémique sévissait à Orembourg pendant l'hiver de l'année dernière. Les lettres de ces deux médecins sont renvoyées à la Section de médecine.

Animaux a bourse. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire lit un travail dans lequel il établit que, chez les animaux à bourse (*animaux marsupiaux*), il existe des conduits qui amènent l'air dans l'intérieur de l'abdomen, et le font parvenir jusques sur les ovaires : ce fait lui permet de considérer les os marsupiaux comme destinés à favoriser l'introduction de l'air dans cette cavité. Il a fait cette découverte en disséquant avec la plus minutieuse attention une femelle de kanguroo-thétis, morte récemment au jardin des Plantes.

Phthisie pulmonaire. — M. Duméril fait un rapport sur un mémoire de M. Bénoiston de Châteauneuf, relatif à l'influence exercée sur le développement de la phthisie pulmonaire par certaines industries. La profession exercée par les individus qui se livrent à la fabrication des pierres à fusil, et surtout à leur extraction, est le sujet qui a d'abord excité l'attention de l'auteur. Il a appris qu'il existait parmi cette classe d'ouvriers une grande mortalité, attribuée principalement au développement fréquent de la phthisie pulmonaire ou

à la destruction des poumons par la suppuration. Cette exploitation a lieu aux environs de Saint-Aignan, dans la commune de Meusnes. M. Bénoiston a consulté les registres de l'état civil de cette commune ; il a relevé les actes de décès et de naissance depuis 1812 jusqu'en 1828, et dans cet espace de seize années il a pris note de 700 naissances et de 515 décès. Il s'est ensuite procuré deux tableaux nécrologiques de ce même village, pour deux périodes de trente années chacune, l'une avant, et l'autre depuis l'établissement de la fabrication des pierres à fusil. Dans la première, de 1680 à 1709, la population moyenne y était de 415 individus ; les naissances furent alors dans le rapport de 1 à 24,08 ; les décès, dans celui de 1 à 33,24 : de sorte que la vie moyenne était à-peu-près de vingt-quatre ans et trois mois. Mais de 1760 à 1790, époque où l'exploitation se faisait, la population moyenne était de 1,850 habitans : les naissances ont été dans le rapport de 1 à 22,78, et les décès dans celui de 1 à 29,60 ; de sorte que la génération était réduite de moitié avant cinq ans au lieu de dix-huit. Ainsi, l'existence de ces individus, raccourcie de cinq ans, n'allait pas au-delà de dix-neuf ans et deux mois. Cette mortalité précoce devait naturellement être attribuée aux circonstances de la vie habituelle de ces ouvriers, et surtout à la phthisie pulmonaire qui pouvait être occasionnée par l'inspiration continuelle de la poussière qui s'échappe du silex quand on le taille, pour lui donner la forme de pierre à fusil. En effet, les auteurs les plus distingués qui ont écrit sur cette maladie, énumèrent surtout parmi ses causes les émanations pulvérulentes auxquelles sont exposés les individus qui se livrent à certaines professions. L'étude de ce point d'étiologie a engagé l'auteur du mémoire à entreprendre des recherches de statistique très-intéressantes sur la mortalité que peuvent entraîner certaines industries qui exposent ceux qui les exercent, soit à une atmosphère chargée de poussière ou de molécules pulvérulentes de nature diverse, soit à des mouvemens pénibles ou à des dispositions gênantes pour l'acte de la respiration.

Ces professions sont au nombre de quarante, et divisées en sept classes, en considérant séparément les hommes et les femmes qui s'y livrent. M. Bénoiston a eu communication des décès dans trois des principaux hôpitaux de Paris, pour y faire le relevé du nombre des individus qui y avaient été admis ou traités comme phthisiques, et cela dans l'espace de cinq années consécutives, de 1821 à 1826. Chez les individus qui, comme les boulangers, les charbonniers, etc., respirent une atmosphère chargée de molécules végétales (professions de la première classe), la moyenne des décès est de 2,22 sur 100, ou de 22,20 sur 1000. Les termes extrêmes sont 1,88 (fileurs ou cardeurs de coton), et 4,12 (charbonniers). Chez les individus

qui respirent une atmosphère chargée de molécules minérales, tels que les marbriers (professions de la deuxième classe), la moyenne générale des décès des phthisiques est de 2,99 sur 100. Les termes moyens sont 0,80 (tailleurs de pierre), et 3,05 (plâtriers). Chez les individus qui respirent une atmosphère chargée de molécules animales, comme les cardeurs de laine et de crin, les brossiers, les plumassiers, etc. (professions de la troisième classe), la moyenne générale des phthisiques est de 5,44 sur 100. Les termes extrêmes sont 3,10 (cardeurs), et 6,89 (plumassiers). Enfin, le danger d'être attaqué de la phthisie pour les individus soumis à l'action des poussières en général, est dans la proportion de 2,40 sur 100, ou 24 sur 1000 malades reçus dans les hôpitaux : aussi sur 9,777 malades, il y a eu 235 phthisiques des diverses professions ci-dessus mentionnées ; mais M. Bénoiston remarque qu'aucune profession n'est exempte de la phthisie, et que, même dans celles qu'elle semble ménager davantage, elle enlève encore huit individus et demi sur mille. L'auteur applique ensuite ses recherches sur la mortalité que produit la phthisie dans les professions qui exigent de grands mouvemens ou des actions continues et prolongées des bras, et il en présente le tableau. Sur 6,720 artisans de cette classe, il n'a trouvé indiqués comme phthisiques que le nombre de 135, ou un terme moyen d'un cinquantième sur la totalité : d'où il conclut que ces efforts pénibles ne sont pas, comme on le pense généralement, une cause de maladie de poitrine. En dernière analyse, M. Bénoiston reconnaît que la mortalité, si considérable dans la commune de Meusnes, ne dépend réellement pas de l'inspiration des molécules siliceuses ; il cite, à l'appui de cette opinion, les ouvriers du village des Molières, dans les environs de Rambouillet, qui sont occupés sans cesse à tailler et à repiquer les silex destinés à devenir des meules de moulin, et qui n'offrent pas plus de pertes d'hommes que dans les autres professions ; dans une suite de huit années, de 1812 à 1819, sur lesquelles des relevés ont été faits, le nombre des décès a été trouvé dans ce village comme dans le reste de la France.

Séance du 22 novembre. — CHOLERA-MORBUS. — MM. les docteurs Pétel et Sandras demandent à faire partie de la commission qu'ils supposent devoir être envoyée en Russie pour étudier le cholera-morbus. Les docteurs Legallois, Brière de Boismont, Ajasson de Grandsagne et Eusebe de Salle, adressent, en commun, une note sur l'origine, la marche et les progrès probables de l'épidémie qui désole la Russie. Voici les points les plus saillans que présente cette communication :

Fréquent en tous temps dans l'Inde, le cholera-morbus y devint épidémique en 1813, y exerça de grands ravages en 1817, jeta de

1819 à 1820 quelques brandons à Bourbon (Ile de France), à Bassora, dans la Mésopotamie, dans la Syrie, et traversa la Perse en 1823, pour s'étendre aux rives de la mer Caspienne. Enfin, après avoir sévi dans différentes localités, pendant les années intermédiaires, il arriva à Bukara (Asie centrale), au printemps de 1829 : delà il passa à Orembourg et ravagea le territoire de cette ville pendant la dernière moitié de cette année et les premiers mois de 1830. Au printemps suivant, il parut à Tauris, vers les limites septentrionales de la Perse; en juillet et août, à Tifflis, en Géorgie, à Astracan (embouchure du Volga) : il occasionna une affreuse mortalité dans ces différentes villes, ne laissa que 8,000 habitans sur 30,000 à Tifflis ; enleva de 20 à 22,000 personnes dans le district d'Astracan, s'étendit, à droite et à gauche, dans les provinces limitrophes, et, remontant le cours du Volga, atteignit Moscou le 28 septembre dernier. Ainsi, dans sa marche générale, et malgré des différences énormes de latitudes, de climats, de mœurs, de salubrité, de police, le cholera-morbus a parcouru 46 à 47,000 lieues carrées en moins d'une année et demie, et rasé, en deux mois, 350 lieues de pays, distance comprise entre Astracan et Moscou. Ces faits sont attestés par des hommes qui diffèrent d'opinions, de caractère, d'intérêts, de pays; par des négocians, par des médecins, par des diplomates, qui tous peuvent imprimer à leurs assertions un caractère officiel ou du moins authentique. Ce sont MM. Gamba, consul de France à Tifflis; lord Heytesbury, ambassadeur d'Angleterre à Saint-Pétersbourg; le comte Zakruski, ministre de l'intérieur en Russie, et spécialement chargé par l'empereur de l'exécution des mesures sanitaires. Ces renseignemens, puisés par M. Moreau de Jonnès aux sources les plus pures et les plus variées, ont été communiqués par lui au conseil supérieur de santé, dans sa séance extraordinaire du 12 novembre dernier.

Le cholera-morbus fera-t-il cet automne ce qu'il n'a jamais fait depuis treize ans? S'arrêtera-t-il en Moscovie pour ne point aller au-delà? Les journaux de Saint-Pétersbourg, du 30 octobre dernier, nous apprennent que déjà il s'est étendu au nord de Moscou, à Jaroslaff, et que, tournant à l'ouest, il a gagné Rybensk, plus rapproché encore de la capitale. Le froid l'éteindra-t-il ? Le froid a-t-il éteint cette maladie depuis treize ans qu'elle parcourt l'Asie? l'a-t-il éteinte, en 1829, à Orembourg? On oublie trop aisément la mémorable peste qui, de 1769 à 1771, ravagea la Valachie et la Russie; elle avait été importée, comme l'épidémie actuelle du cholera, et continua à sévir pendant trois hivers, particulièrement pendant celui de 1771, qui fut remarquable par la rigueur du froid. Beaucoup d'inhumations avaient été faites, et néanmoins au retour du printemps, on

trouva dans les maisons environ 400 cadavres. Il est donc évident que l'hiver si dur des contrées septentrionales n'est pas toujours suffisant pour anéantir les maladies contagieuses qui y sont importées des pays chauds. Le cholera-morbus gagnera t-il la Pologne, l'Allemagne, et enfin la France? Ce fléau, né dans l'Inde, a déjà dépassé de beaucoup les latitudes de Paris et des principaux états de l'Europe; et comme rien n'a pu arrêter sa course ascendante vers le nord, il est plus que probable que rien ne pourra l'entraver s'il se dirige jamais vers des climats plus favorables encore à ses développemens. Le commerce de blé avec la Russie méridionale lui offre de faciles accès dans nos ports; aussi annonce-t-on sérieusement sa venue, et ce funeste événement est présagé par M. l'ambassadeur d'Angleterre, par des savans, par ceux-là même qui ont prédit, il y a huit ans déjà, les derniers progrès qu'il vient de faire.

M. Moreau de Jonnès joint quelques nouveaux détails à ceux qui précèdent. Déjà trois fois, dit-il, le chôlera pestilentiel (c'est le nom qu'il donne au choléra-morbus épidémique de l'Inde), s'est avancé vers l'Europe par des voies diverses. Importé du Bengale aux Iles de France et de Bourbon, en 1819, il menaça de suivre la route des communications avec l'Inde, et d'arriver par l'Orient avec les nombreux navires qui viennent mouiller dans nos ports et dans ceux de la Grande-Bretagne : ce malheur ne fut prévenu que par les sages mesures sanitaires que les autorités du Cap de Bonne-Espérance s'empressèrent de prendre. En 1821, les relations commerciales existant entre Bombay et les côtes du golfe Arabique, l'introduisirent à Ballorak, d'où il remonta l'Euphrate, traversa la Mésopotamie, en suivant pas à pas les communications du commerce, et arriva en Syrie. Là, cédant enfin à l'influence du froid de l'hiver, mais sévissant au printemps avec une nouvelle intensité, il décima pendant trois ans la population, et envahit le plus grand nombre des villes situées sur les bords de la Méditerranée. Au printemps de 1829, il arriva à Bukara, et continua progressivement ses ravages jusqu'à Moscou, où il parvint le 28 septembre dernier. M. Moreau de Jonnès qui pense, avec le gouvernement de Russie, que cette terrible maladie a été importée en ce pays par les caravanes, conclut des documens qu'il a pu recueillir : 1.° qu'il y a lieu d'espérer que le froid de l'hiver, dans les provinces de l'empire Russe situées entre les 45.e et 57.e degré de latitude, arrêtera les effets et les progrès du choléra pestilentiel; 2.° que des exemples nombreux et concluans donnent tout à craindre que la contagion, répandue sur une aussi vaste surface et parmi tant de populations, soit seulement suspendue pendant l'hiver par l'abaissement de la température, et qu'elle recouvre au printemps toute son activité et toute sa violence; 3.° que

s'il en était malheureusement ainsi, l'Europe entière pourrait être envahie de proche en proche, comme le croit l'ambassadeur d'Angleterre à Saint-Pétersbourg; opinion d'antant plus vraisemblable, que la contagion acquerrait une violence plus grande en parcourant les contrées de l'Europe dont la température est plus élevée que celle de la Russie, et qu'elle se propagerait avec une bien autre rapidité en atteignant des pays dont la population est plus condensée et les communications plus promptes et plus nombreuses.

Céphalotripsie. — M. le docteur Baudelocque neveu écrit à l'Académie pour lui annoncer qu'il vient, une seconde fois, de pratiquer l'opération qu'il a imaginée du broiement de la tête du fœtus mort pendant le travail d'un accouchement laborieux. La femme, chez laquelle il a fait usage de son instrument, était en travail depuis soixante heures et plus, et était assistée par cinq médecins, dont quatre avaient fait, pendant environ vingt-quatre heures, des tentatives inutiles pour la délivrer, soit à l'aide de la version de l'enfant, soit en appliquant le forceps. La durée du broiement a été de cinq à six minutes, et l'acconchée est aujourd'hui tout-à-fait hors de danger. M. Baudelocque réclame l'admission de son invention parmi les découvertes qui doivent figurer au concours parmi les prix Monthyon.

Extirpation de l'utérus. — M. le docteur Larrey fait en son nom et en celui de MM. Dupuytren et Serres, un rapport sur le mémoire de M. le professeur Delpech, relatif à l'extirpation de la matrice. La Commission ne donne point son assentiment à cette opération, et ils appuient leur opinion sur les raisons suivantes: 1.° l'utérus remplit un rôle trop important dans l'économie, pendant les principales périodes de la vie, puisqu'il forme un émonctoire aux fluides superflus ou hétérogènes de l'organisme vivant, pour en être soustrait impunément; 2.° lorsque la nature a terminé le cours des menstrues, la matrice fixe encore, par le contre-poids qu'elle exerce dans le bas-ventre, sur les autres viscères, l'équilibre dans les fonctions de ce dernier. C'est à un tel point, que l'une des femmes qui ont survécu à la soustraction de cet organe, celle opérée par M. Récamier, supportait difficilement la station et ne pouvait exécuter qu'avec beaucoup de peine les plus légers mouvemens de progression. A ces infirmités graves se joignaient, comme chez les hommes qui ont perdu par l'amputation tous les organes de la génération, une mélancolie et une anxiété pénibles, auxquelles la mort seule a mis fin, huit ou dix mois après l'opération. 3.° En réfléchissant au grand nombre de vaisseaux profonds, de nerfs ganglionnaires, et autres parties sensibles qu'il faut couper dans la cavité propre du ventre, sans pouvoir apprécier d'avance et d'une manière exacte leur situation et leur

calibre, il en résultera toujours pour cette opération une incertitude alarmante. 4.° Sans être sûr de pouvoir l'éviter, on court constamment le danger de léser les viscères contigus ou adhérens à cet organe, tels que la vessie et l'intestin rectum, et même les ovaires. 5.° Enfin, sur 17 opérations de ce genre qui ont été pratiquées par des chirurgiens renommés des différens pays, treize sujets ont succombé peu d'heures ou peu de jours après l'extirpation, et l'une des femmes opérées par M. Delpech fait la quatorzième. Les trois autres ont également péri, quoique parvenues à une distance de plusieurs mois de l'opération. Il est à craindre qu'il en soit toujours de même lorsqu'on opérera dans la propre cavité du bassin.

Les chances sont différentes pour l'amputation de ce viscère, lorsque, par suite de son prolapsus ou de sa chute complète, il est frappé de gangrène ou de dégénérescence cancéreuse. Dans ce cas, la nature a tracé elle-même à la chirurgie le chemin qu'elle a à suivre pour séparer, par des incisions habiles et ménagées, et toujours au-dessous des ovaires, les parties molles ou désorganisées de celles qui sont restées saines. Dans ce cas aussi, la nature s'est accoutumée par degrés au déplacement de la matrice et à toutes ses conséquences, et c'est le seul où l'opération puisse être tentée. On a plusieurs exemples de succès de ce genre d'opération : Ambroise Paré en rapporte un cas remarquable dans son 24.ᵉ livre. La femme, après avoir joui pendant plusieurs mois d'une santé apparente, mourut d'une pleurésie. A l'ouverture du cadavre, on ne trouva point de matrice. On a vu même des femmes chez lesquelles cette séparation s'est faite spontanément, comme celle qui s'opère dans une articulation de l'un des membres nécrosés par le sphacèle.

M. Larrey rend compte ensuite des deux observations et du procédé opératoire qui font l'objet du mémoire de M. le professeur Delpech. Dans la première observation, il s'agit d'une femme à laquelle ce chirurgien enleva l'utérus par l'hypogastre. M. le rapporteur rappelle que pareille opération fut pratiquée en 1825 par Langenbeck. Le procédé mis en usage par le chirurgien français, et abandonné depuis par lui, ne réussit point : l'ouverture du corps fit voir que la vessie avait été entamée. La seconde observation surtout est d'une haute importance, et mérite l'attention des praticiens ; elle est relative à une mère de famille, âgée de 68 ans, chez laquelle un prolapsus utérin s'était déclaré lors de la dernière couche, et, ayant été négligé, s'était accru graduellement au point de devenir complet. Lorsque les soins de M. Delpech furent réclamés, la chute de l'organe était accompagnée d'une perte habituelle, séreuse et purulente ; le corps de la matrice était recouvert de végétations fongueuses, séparées par des ulcérations que le passage des urines sur cette tumeur

entretenait. A ces symptômes se joignaient des tiraillemens donloureux, des nausées, de la difficulté d'uriner, des évacuations alvines et une inquiétude pénible. L'opération fut résolue et pratiquée. Des incisions semi-elliptiques latérales furent faites avec précaution, pour séparer l'utérus de la vessie en avant, du rectum en arrière, et pour diviser ses ligamens larges au dessous des ovaires. Les ligatures nécessaires apposées, on remplit le vide laissé par la matrice, au moyen d'éponges fines, comme l'avait fait Ambroise Paré. Au bout de quinze jours, la malade était en pleine voie de guérison. M. Larrey cite, à cette occasion, un cas de prolapsus utérin complet qui, regardé d'abord comme irréductible, fut cependant réduit par Ruysch; il rappelle un autre cas d'amputation pratiquée, en 1784, et dans des circonstances semblables, par Laumonier, de Rouen; il cite encore les observations mentionnées par Sabatier, Portal, etc., et dit avoir vu une jeune fille de 14 ans, affectée, depuis 18 mois, d'une chute complète de la matrice, suite d'une chute sur les reins, laquelle fut réduite sans difficulté, à l'aide d'une legère pression. Enfin, il termine par l'indication du nouveau procédé opératoire que propose M. Delpech, et il dit à ce sujet : « on ne conçoit pas comment l'auteur, après avoir reconnu que l'extirpation sous-pubienne est mortelle, peut conseiller de joindre cette méthode, quelque modifiée qu'elle soit, à l'opération hypogastrique; car, sans vouloir rien préjuger sur cette double opération qui n'a pas encore été tentée sur le vivant, on ne peut s'empêcher de déclarer qu'elle multiplie les obstacles, et augmente les dangers sans augmenter les chances de réussite. »

VARIÉTÉS.

Service médical des hôpitaux de Paris.

On annonce comme devant avoir lieu incessamment la nomination d'un certain nombre de médecins destinés à renforcer le service médical des hôpitaux de la capitale. Cette mesure, depuis long-temps réclamée, aurait pour avantage principal de remédier à de graves abus résultant de la disproportion extrême qui existe entre le nombre des malades admis dans ces établissemens et celui des homme de l'art chargés de les traiter. Mais comment procédera-t-on à ces nominations? Suivra-t-on les anciens usages, et l'administration des hôpitaux, qui compte à peine un seul médecin parmi ses membres, se chargera-t-elle encore d'apprécier les talens et la capacité des nombreux candidats qui vont se présenter? N'y a-t-il eu jusqu'à présent aucun choix fait par elle qui doive l'avertir de son incompé-

tence ? Cependant tout annonce qu'elle veut, comme par le passé, s'en remettre à sa décision souveraine. Quelques personnes tiennent pour suspecte cette précipitation de zèle qui a lieu en effet de surprendre de sa part. Cette disposition, prétend-on, a pour but de favoriser des candidats qui reculeraient devant le concours, que l'on ne pourra pas s'empêcher d'adopter plus tard ; et même des noms déplorables sont prononcés comme étant ceux des prochains élus de l'administration. Certes, nous savons que dans un temps ses faveurs ont payé des services politiques que nous n'osons pas rappeler. Mais nous ne croyons pas que les membres qui la composent méconnaissent à ce point les circonstances actuelles, que l'on doive craindre le scandale des choix dont on nous menace ; il est à croire que l'administration, formée d'hommes honorables que des préjugés ou des préventions ont quelquefois égarés, aura secoué aujourd'hui le joug de l'infâme jésuitisme qui présidait naguères à la distribution des places. Quoi qu'il en soit, nous devons regretter que l'administration se fie à ses propres lumières pour faire les nombreuses nominations que le service des hôpitaux réclame. Encore si MM. les administrateurs en référaient à une commission médicale sur les choix à faire, justice pourrait être rendue par des hommes compétens. Quant au concours, qui serait le moyen par excellence, on n'y songe pas pour le moment, tant le patronage a de douceurs !

Dans une dernière réunion, le conseil de l'administration a nommé définitivement quelques membres du bureau central à des places de chirurgien et de médecin des hôpitaux, qu'ils remplissaient provisoirement : ce sont M. Velpeau et Clément à l'hôpital de la Pitié ; et plusieurs mutations de service ont été faites. MM. Honoré et Magendie ont été nommés médecins à l'Hôtel-Dieu, M. Rayer à la Charité, MM. Rostan et Andral à la Pitié.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire à ce sujet une amère réflexion sur le peu d'équité qui a présidé à la dispensation de ces faveurs. M. Rostan est, de tous ces médecins, celui dont les services dans les hôpitaux datent de plus long-temps. Une habileté peu commune dans le diagnostic et le traitement des maladies internes, et des productions originales, l'ont signalé comme l'un des médecins les plus distingués de notre époque. Enfin, depuis plus de dix ans, il fait chaque hiver, à l'hospice de la Salpêtrière, des leçons cliniques, que, malgré l'éloignement du centre de la capitale, malgré la rigueur de la saison, de nombreux élèves suivent avec ardeur à cause de l'instruction solide qu'ils y puisent. Tant de services rendus à la science et à l'instruction publique méritaient bien à M. Rostan une place dans l'un des hôpitaux du centre, ne fût-ce que dans l'intérêt des élèves qui n'ont pas beaucoup d'occasions de semblables leçons.

Dans un de nos prochains numéros, nous ferons quelques observations générales sur le service médical des hôpitaux, sujet qui touche de si près à l'intérêt de la science et de l'humanité.

BIBLIOGRAPHIE.

Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie, précédé de propositions renfermant la substance de la médecine physiologique; par F. J. Broussais, *officier de l'ordre royal de la Légion-d'honneur, médecin en chef et premier professeur à l'hôpital militaire d'Instruction de Paris, etc., etc. 3.e édition (en 4 vol.) T. I-III. Paris, M.lle Delaunay, 1829, in-8.° 3 vol.*

Si l'*Examen des Doctrines médicales*, et le chef de l'école physiologique étaient moins célèbres qu'ils ne sont et ne méritent de l'être, nous aurions à nous reprocher d'avoir tardé si long-temps à annoncer cette troisième édition. Notre excuse serait dans l'attente où nous étions du quatrième et dernier volume, dont on nous fait espérer enfin la prochaine publication. Nous nous réservons d'examiner ce grand ouvrage dans son ensemble aussitôt qu'il sera terminé; ainsi nos lecteurs voudront bien ne considérer ce qui va suivre que comme des réflexions préliminaires ayant pour objet d'attirer leur attention sur sur ce que l'*Examen* renferme de nouveau dans cette édition, dont le volume sera triple de la précédente. M. Broussais n'a plus voulu, comme en 1816, mettre au creuset d'une rigoureuse critique les doctrines du jour le plus généralement adoptées, ni, comme en 1821, jeter un coup d'œil superficiel sur la médecine d'Hippocrate, et franchir les vingt-deux siècles qui séparent de nous le médecin de Cos, pour venir apprécier les travaux des précurseurs de Pinel et de Bichat; il s'est *proposé d'embrasser toutes les grandes époques de la science, et de faire une histoire philosophique des doctrines médicales.* Nous eussions mieux aimé sans doute voir un homme d'un aussi grand talent que M. Broussais, entreprendre de nous donner une *histoire de la médecine*, au lieu de celle des systèmes. Trop long-temps, en effet on a marché sur les traces de ces écrivains des siècles passés, qui croyaient avoir fait l'histoire des nations quand ils avaient tracé les portraits des maîtres qui les gouvernèrent, des grands dont elles subirent les caprices, ou des guerriers qui les ravagèrent. Ce qui nous manque maintenant, c'est un tableau *composé* des vicissitudes *de la science* et *de l'art*. Mais nous n'avons point à juger M. Broussais sur ce qu'il ne lui a pas plu d'entreprendre;

examinons plutôt comment il a rempli la tâche qu'il s'est imposée, et commençons aujourd'hui par ce qui concerne les doctrines de l'antiquité. Quelques pages suffisent à M. Broussais pour faire l'histoire de tous les siècles qui précédèrent le cinquième avant notre ère. Il parle de la médecine primitive qui ne fut qu'un empirisme grossier que le hasard ou l'instinct dictèrent aux premiers hommes; de l'usage établi presque partout d'exposer les malades sur la voie publique, pour prendre les conseils des passans que pouvait avoir éclairés l'expérience des mêmes maladies; de l'incubation dans les temples, de l'exercice de l'art par des familles privilégiées ou par des individus plus éclairés que le commun des hommes, et cela le conduit jusques vers la soixantième olympiade, où la médecine unie à la philosophie, dont on la considéra comme une dépendance, devint d'un accès peu abordable au vulgaire. Sur tout cela, M. Broussais se borne presque à l'énoncé des faits que nous venons de transcrire. Il n'est pas moins bref dans ce qu'il nous dit des destinées de l'art de guérir depuis cette révolution jusqu'à Hippocrate. Il fait passer successivement sous nos yeux, et sans autre ordre que celui que nous allons suivre, Pythagore, auteur de la doctrine si peu connue des nombres, et que M. Broussais considère comme coupable de la première *ontologie*; Empédocle et Alcmeon, dont il ne rapporte que quelques opinions sur des questions particulières; Héraclite, dont la philosophie consistait à tout attribuer au feu, et la médecine à combattre l'humidité par la sécheresse, et qui, *par conséquent*, donna aussi dans le vice de l'ontologie. Démocrite, dont M. Broussais considère comme une chimère l'opinion qui consistait à croire les corps composés d'atômes ou de molécules insécables; enfin Acron, que, à l'exemple de Leclerc, M. Broussais met en dehors de l'école empirique, et Hérodicus, l'inventeur de la gymnastique médicale, et l'un des maîtres d'Hippocrate. Ici non plus nulle considération générale sur l'influence de cette association de la médecine avec la philosophie, ni sur le caractère des doctrines philosophiques qui la dominèrent.

Comme on le voit au peu d'importance de ce qui précède, M. Broussais n'a point échappé à l'erreur de ceux qui pensent que l'histoire de la médecine, à proprement parler, ne commence qu'à Hippocrate. Cette erreur est des plus graves; non-seulement elle a empêché qu'on ne se fît une idée juste et raisonnable des services rendus à la science par ce grand homme, et elle a été la cause de cet enthousiasme ridicule et de ces éloges portant à faux dont il a été l'objet, mais elle a fait perdre de vue la source des doctrines philosophiques qui ont dominé pendant des siècles, ou qui dominent encore la médecine; il importe de la relever.

Malgré l'extrême pénurie de monumens propres à nous faire juger de l'état de la médecine avant Hippocrate, comme de celui des autres sciences, on peut non-seulement établir le fait de son existence, mais encore caractériser assez bien l'esprit dans lequel elle avait poursuivi ses recherches. La nature même de la science, l'immensité de détails que supposent les écrits aphoristiques, techniques ou chirurgicaux d'Hippocrate, les résultats déduits par ce grand médecin d'une longue série d'observations portant sur des faits naturellement rares ou qui ne se reproduisent que sous des constitutions atmosphériques particulières, prouvent évidemment que ses ouvrages nous présentent les efforts réunis de plusieurs siècles. Mais cette opinion est d'ailleurs mise hors de doute par le témoignage précis d'Hippocrate lui-même : « La médecine, dit-il, a découvert des principes fixes et une route sûre par laquelle on est arrivé depuis plusieurs siècles à une infinité de vérités précieuses. Celui qui, avec du talent, dirigera ses recherches en partant de ces vérités connues, en augmentera le nombre. Celui au contraire qui, les rejetant, prend une autre voie et prétend avoir trouvé des dogmes fondamentaux, se trompe lui-même et trompe les autres. »

Mais quelle est donc cette voie tracée par l'ancienne médecine, et qu'Hippocrate déclare être la seule qui conduise à la vérité? C'est celle dont il établit si bien lui-même les principes dans l'ouvrage qu'on vient de citer. C'est l'observation des malades et la considération de toutes les choses dont l'influence peut modifier les maladies. Les résultats en furent conservés dans des inscriptions gravées sur des monumens publics, ou dans des tables votives appendues aux colonnes des temples. On déposait dans le même lieu les instrumens au moyen desquels on avait guéri quelques affections chirurgicales. Delà des connaissances assez nombreuses pour constituer bien avant le 4.ᵉ siècle qui précéda notre ère, un art déjà assez compliqué. Pline assure, et il n'est pas le seul, qu'une partie des ouvrages d'Hippocrate n'est que le recueil des documens trouvés dans le temple de Cos. Quoi qu'il en soit, cette époque primitive peut se glorifier de la découverte des moyens les plus puissans que la thérapeutique possède encore aujourd'hui. Elle connut l'usage de la saignée, des purgatifs, des émétiques, des narcotiques et des principales modifications du régime (1).

(1) Il est indubitable que, de très-bonne heure, quelques hommes doués par la nature des qualités qui constituent l'observateur, dûrent se distinguer de la foule par des connaissances et une habileté particulières, et que leurs conseils dûrent être recherchés; mais à quelle époque ce commerce de bienfaisance devint-il une profession particulière ? En quel temps les *périodeutes* commencèrent-ils à

Si l'art de guérir avait toujours marché dans cette voie si sûre et si naturelle, de quelles découvertes ne se serait-il pas enrichi! Mais elle est trop longue au gré de l'imagination impatiente de la plupart des hommes; on s'est élancé loin d'elle, dans la région des hypothèses, et il a fallu, à diverses époques, toute l'autorité de quelques génies du premier ordre pour y ramener les esprits.

Les premiers pas que la médecine voulut hasarder sur le domaine des autres sciences eurent de fâcheuses conséquences, et menacèrent de la dénaturer complètement. Je ne dirai rien de ces premières tentatives étiologiques, empruntées à la théologie, qui, rapportant à la colère des dieux le développement des maladies, ne laissaient voir d'autre moyen de salut que les offrandes dont on comblait les ministres du culte religieux. Ce système, aussi impie que ridicule, n'offre plus, depuis bien des siècles, rien de spécieux; mais tout le monde sait le parti qu'en tira long-temps la superstition pour étendre et consolider son empire.

Sous des apparences bien plus séduisantes, la philosophie fit, pour un temps, presque autant de mal à la médecine. A la vérité, elle devait fournir elle-même un jour les moyens de combattre les erreurs dont elle avait été la source. En développant toutes les facultés de l'esprit et découvrant les lois de la méthode, elle devait travailler de la manière la plus efficace au progrès de notre art. Mais ses premiers effets furent d'y mettre des entraves, parce que ses prétentions étaient hors de toute proportion avec ses moyens. Après avoir expliqué l'origine et la nature de l'univers, c'était peu de chose pour les philosophes que d'expliquer le problème de l'existence humaine dans l'état de santé et de maladie. La médecine, et la physiologie qui prit alors naissance, formèrent donc une sorte d'appendice à leurs systèmes, à la condition, toutefois, d'accepter les lois de la physique générale; en dépit de ce que l'observation pourrait y montrer de contradictoire, ou plutôt sans s'occuper le moins du monde de l'observation. Ainsi disparut, au milieu des nuages d'une métaphysique prétentieuse, l'art modeste d'étudier et de guérir les maladies. Ce fut donc une révolution funeste que celle qui le fit passer aux mains des philosophes. Du reste, il y aurait de l'injustice à les confondre tous dans une même réprobation; à mettre sur la même ligne les philosophes de l'école ionique ou les éléatiques physiciens, qui du moins ne cherchèrent pas le secret du monde hors du monde

---

porter au lit du malade leurs conseils et leurs médicamens? C'est ce qu'il est impossible de déterminer; mais il ne le serait pas de montrer que Sprengel place cette époque beaucoup trop tard, quand il donne les philosophes échappés au désastre de l'institut de Pythagore pour les premiers *périodeutes* ou médecins cliniques.

lui-même, et les idéalistes tels que Pythagore, Xénophane, Melissus et Zénon d'Elée, dont les rêveries furent dans l'antiquité, et ont été dans tous les temps la ruine des sciences naturelles. Nous aurions voulu voir M. Broussais traiter toutes ces questions avec le talent qu'il aurait sans doute porté dans leur examen, s'il eût voulu abandonner pour un instant l'historien plus érudit que profond qu'il avait choisi pour guide. Il eût alors évité l'erreur dans laquelle il tombe dès les premiers mots qu'il dit sur Hippocrate, quand il affirme que ce dernier ne sépara la médecine de la philosophie que parce que l'union de ces deux sciences pendant 110 ans les avait aggrandies l'une et l'autre, au point qu'un seul homme n'en pouvait plus embrasser l'étendue. On l'a répété bien des fois, en effet, d'après Celse, que l'on a mal compris, mais ce n'en est pas plus vrai pour cela. La véritable, l'unique cause de cette séparation, c'est qu'Hippocrate avait parfaitement compris que la médecine qui guérit, la médecine du médecin n'avait rien de commun avec celle des philosophes. Juste appréciateur des systèmes *à priori*, il les abandonnait à cette classe de savans qui n'avaient rien de mieux à faire qu'à se livrer aux jeux de leur imagination, et il établissait sur ses véritables bases l'étude des sciences naturelles. Ce sont même ses principes de logique médicale qui forment aujourd'hui ses plus beaux titres à notre admiration, et qui lui assignent une des premières places entre les plus grands génies de l'antiquité. N'a-t-on pas lieu de s'étonner que ce soit précisément le seul point de vue sous lequel M. Broussais ait négligé de le considérer? Et à ce propos nous placerons ici une réflexion qu'on ne peut s'empêcher de faire à chaque instant en lisant l'*Examen*, c'est que, contre l'habitude des historiens et contre l'esprit de l'histoire, au lieu de chercher dans le passé les premières traces des connaissances de notre temps, M. Broussais semble se proposer pour but de montrer l'ignorance ou de compter les erreurs de nos devanciers, de signaler la distance qui sépare leurs doctrines de la doctrine définitive qu'il a trouvée, et qui doit servir de type pour tout juger en médecine. On sent combien il était facile à cet esprit de critique de trouver à se satisfaire dans l'examen des œuvres attribuées à Hippocrate; M. Broussais n'a pas manqué l'occasion ; il a même plus d'une fois franchi les bornes que lui prescrivait l'exactitude (1).

(1) Je n'en citerai qu'un exemple : M. Broussais dit, page 23 : « les phlegmasies des parenchymes ont été attentivement observées par Hippocrate, mais rien n'annonce qu'il ait attribué le mouvement fébrile à ces phlegmasies quand elles étaient prédominantes. » Or, on trouve dans Hippocrate beaucoup de passages comme les suivans : *Febris maximè communis morbus, omnium aliorum morborum præ-*

Nous oserons donc affirmer, et nous croirions pouvoir prouver au besoin que M. Broussais n'a pas fait connaître l'esprit de la médecine hippocratique; que, s'il en a habilement signalé les défauts, il n'a nullement apprécié les qualités qui la distinguent si avantageusement entre celles de l'antiquité.

Dans le chapitre consacré aux successeurs d'Hippocrate, nous signalerons l'article relatif à Platon. Ce morceau est écrit avec tout le talent qu'on admire dans l'*Essai sur l'irritation et la folie*. Aristote n'y est pas assez envisagé comme philosophe, et l'on oublie trop l'influence qu'exerça sur la médecine son système de physique générale. A la suite, viennent Dioclès et Protagoras, dont on ne dit que quelques mots; Zénon le stoïcien, et le pneumatisme dont on ne donne qu'une idée insuffisante; Erasistrate, Hérophile, et, enfin, l'école empirique dont M. Broussais traite avec plus de soin. L'article d'Asclépiade serait fort bien si cet homme remarquable n'y était dépeint comme un charlatan audacieux qui s'avisa un jour de pratiquer et d'enseigner la médecine sans l'avoir apprise; mais celui qui concerne le méthodisme, est, sans comparaison, le plus mauvais de tout l'ouvrage. M. Broussais s'est laissé aller, sans s'en douter, au dépit qu'éprouve tout inventeur qui retrouve dans un vieux livre quelques unes de ses découvertes. Cela saute aux yeux à la lecture de l'étrange jugement qu'il porte sur l'École médicale la plus philosophique de toute l'antiquité, et peut-être de tous les siècles qui ont précédé le nôtre. « Il y a, dit-il, tant d'objections à faire aux méthodiques, qu'il vaut mieux déclarer sans préambule que cette secte, car je n'ose l'appeler doctrine, était dépourvue de toute raison, et ne mérite d'être citée que pour montrer jusqu'à quel point peut aller la crédulité des hommes, même de ceux que l'on décore du titre pompeux de savans. » Plus loin, « je terminerai le chapitre des méthodiques en avouant qu'il n'y a rien de philosophique dans leur système; qu'ils sont fort au-dessous de tous les autres doctrinaires. » Et enfin, « l'erreur de ces médecins ne saurait donc être excusée d'aucune manière, et je reviens à dire qu'ils ne peuvent figurer dans l'histoire que comme des exemples, hélas! bien déplorables, de la faiblesse intellectuelle de l'homme. »

Heureusement, en rendant compte de beaucoup d'autres doctrines, M. Broussais s'est trouvé dans des dispositions moins opposées à l'im-

---

cipuè inflammationis comes est. Lib. de flat. *Pulmonis inflammatio et morbus lateralis sine sputo ambo ex eadem causâ..... Induratur autem et convellitur latus, quæque in eo in sunt venulæ et quantum in eo est pituitæ et bilis id a caliditate intus arescit, dolorem quæ infert, et ex dolore febrem.* Lib. I, de morb.

partialité. C'est ce que nous aurons occasion de montrer dans un second article.

Rapport lu à la Société de Médecine-Pratique de Paris, dans la séance du 1.er octobre 1829, au nom d'une Commission chargée d'examiner une série de questions relatives à un projet de loi sur l'exercice de la médecine ; adressées en 1828 à l'Académie royale de Médecine et aux diverses Facultés du royaume, par Son Exc. le Ministre de l'intérieur. Paris, 1829, *in-8.°* 62 *p.* (Ne se vend pas.)

De l'Organisation médicale en France; mémoire qui a obtenu une médaille d'or au concours ouvert en 1829 par la Société royale de Médecine de Marseille, sur les questions suivantes : 1.° Dans l'état actuel de la médecine, l'enseignement public et l'exercice de cet art réclament-ils des améliorations ? 2.° Dans l'affirmative, faire connaître en quoi consistent ces améliorations ; indiquer en outre les meilleurs moyens de former le plus grand nombre possible d'excellens médecins et chirurgiens praticiens ? *par* Victor Stoeber, *D. M., agrégé à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Paris*, 1830, *in-8.°* 134 *p. Chez Levrault.*

Harmonie de l'organisation médicale avec le nouvel ordre social; Avec cette épigraphe : Égalité ; *par* F. M. Leroux, *de Rennes, médecin. Paris*, 1830, *in-8.°* 36 *p. Chez Baillière.*

On sait qu'à l'époque où le dernier gouvernement parut vouloir s'occuper de l'organisation de la médecine, si peu en harmonie avec l'état des choses, une foule de projets et de conseils furent publiés dans la vue d'éclairer l'autorité, et la question fut généralement envisagée dans une étendue qui était loin de la pensée de l'administration d'alors. C'est dans cette circonstance que sont nés les deux premiers opuscules que nous annonçons. Quoique, depuis, les évènemens survenus nous permettent d'espérer des réformes plus franches, plus conformes aux lumières du siècle que celles que l'on attendait du gouvernement de Charles X, on pourra consulter avec avantage ces opuscules, qui ne se ressentent nullement de l'influence du temps déplorable où ils ont été écrits. Le rapport lu à la Société de médecine de Paris a été redigé par M. Léon Simon avec un talent remarquable de style. L'on y remarque généralement la couleur d'une école, celle de St.-Simon, que l'exagération mystique de plusieurs de ses adhérens a fait tomber récemment dans le dernier ridicule; mais, l'application des principes de cette école, faite ici avec discernement et mesure, a fourni des vues saines et étendues sur l'esprit qui doit présider à une future organisation de la médecine. S'il est

une science dont l'avancement exige davantage le concours bien dirigé des efforts particuliers, c'est sans contredit la médecine. M. Léon Simon a très-bien fait sentir la nécessité de fonder les institutions médicales sur ce plan; ce qu'il dit des académies, des conseils d'hygiène publique à établir dans chaque département, comme à Paris, des attributions dévolues à ces académies, à ces conseils, nous a semblé très-bien raisonné.

Le mémoire de M. Stœber est composé dans un esprit moins général et plus pratique, si l'on peut ainsi dire; cet écrit répond avec non moins d'avantage à un autre partie de la question. L'on y trouve d'excellentes idées sur l'enseignement et l'exercice de la médecine, sur la création de médecins cantonnaux et sur celle de colléges départementaux de médecine, autrement dits de conseils d'hygiène publique, qui correspondraient avec un collége central de Paris. L'auteur se montre parfaitement instruit de l'organisation des principales institutions médicales de divers pays étrangers, et il en approprie aux nôtres ce qu'il y observe de mieux. Nous transcrirons ici une réflexion très-juste de M. Stœber, et qui est exprimée d'une manière piquante. Cet auteur, en parlant du collége supérieur ou central de médecine que nous avons indiqué plus haut, dit que le principal avantage que présenterait ce collége, serait d'être auprès de l'autorité suprême l'interprète des besoins d'une classe d'hommes honorables (ou plutôt d'une science touchant à tant de grandes questions sociales), qui jusqu'à présent n'y est pas représentée. Il ajoute : nous avons jusqu'à ces derniers temps des directeurs-généraux et une administration particulière des haras qui nous coûtaient, et dont la dernière nous coûte encore, des sommes immenses, tandis que la médecine ne trouve pas même un représentant sur la longue liste des conseillers-d'état : c'est ainsi que les peuples orientaux ont élevé des hôpitaux aux chiens, aux puces et à d'autres bêtes, tandis qu'ils ont oublié d'en bâtir pour les hommes. »

Quant à l'opuscule de M. Leroux, il est de plus fraîche date que les deux précédens. Il semble avoir été écrit au milieu de la fumée et sous le soleil de juillet, et se ressent un peu du désordre et de la température d'alors. Mais ces défauts doivent-ils être excusés chez un homme qui, dit-on, à cette époque de gloire populaire, a respiré d'assez près l'odeur de la poudre et soutenu la chaleur des célèbres journées? Les principes d'un radicalisme qui ne nous semble pas toujours praticable ni conséquent, ont présidé à la rédaction de la brochure de M. Leroux. Elle renferme, du reste, plusieurs idées qu'il sera convenable de prendre lorsqu'on s'occupera du projet définitif d'organisation médicale; telles sont surtout celles qui ont pour objet de repousser le cumul, et d'interdire aux professeurs des écoles d'enseignement l'exercice particulier de la médecine, qui les em-

pêche en général de remplir dans toute leur étendue les devoirs de leurs charges (1).

Rapport général sur les travaux du Conseil de salubrité de Nantes, pendant l'année 1829. Nantes, 1830. In-8° 167 pages.

Les diverses matières contenues dans ce rapport ne sont guères susceptibles d'analyse. Elles consistent la plupart en détails d'intérêts locaux soumis à la juridiction du conseil de salubrité. On y trouve des renseignemens utiles sur le mouvement de la population de Nantes et de plusieurs communes du département. Ce rapport, qui fait honneur au zèle et aux lumières des membres qui composent le conseil, fournirait au besoin les preuves des avantages que l'on retirerait de conseils d'hygiène publique dans chaque département. Et ce qui manque à leurs travaux démontrerait également le besoin d'une organisation régulière qui fasse de ces conseils une sorte de magistrature, comme l'indiquent fort bien MM. Simon et Stoeber dans les brochures que nous avons analysées ci-dessus.

Considérations cliniques sur les blessés qui ont été reçus à l'hôpital de la Charité, pendant et après les journées des 27, 28 et 29 juillet; par Phil. Jos. Roux, *professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, etc. Paris, 1830, in-8.° 112 p. Chez Chaudé. Prix, 2 fr. 50 cent.* (Se vend au bénéfice des blessés).

Ce mémoire de l'un de nos chirurgiens les plus célèbres a été lu à l'Académie de médecine, et nos lecteurs peuvent, dans le bulletin des séances de cette société, prendre connaissance des faits et considérations importantes qui y sont consignés. Cet opuscule, que nous mentionnons ici pour remplir une simple annonce bibliographique, fera foi de nouveau de l'habileté de M. Roux, et du zèle qu'il a déployé, comme d'habitude, en faveur de l'humanité. La circonstance lui a permis d'ajouter encore à tous ses titres à la recommandation publique. Il ne s'est pas contenté de faire de son mémoire une œuvre de science; il a cherché dans cette publication l'occasion d'une bonne action.

---

(1) Plusieurs de nos abonnés nous ont envoyé des plans ou des réflexions sur les réformes médicales, qu'il ne nous a pas été possible d'insérer. Notre Journal ne suffirait pas, si nous ne nous bornions pas à traiter les points principaux de ce sujet.

FIN DU VINGT-QUATRIÈME VOLUME.

Avis. *Pour ne pas retarder l'envoi de ce Numéro, nous avons cru devoir remettre au mois suivant la publication de la table du volume. Elle sera jointe au cahier de janvier 1831.*

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

